

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 82

LA
PSYCHOSE CIRCULAIRE TARDIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Roger LETAC

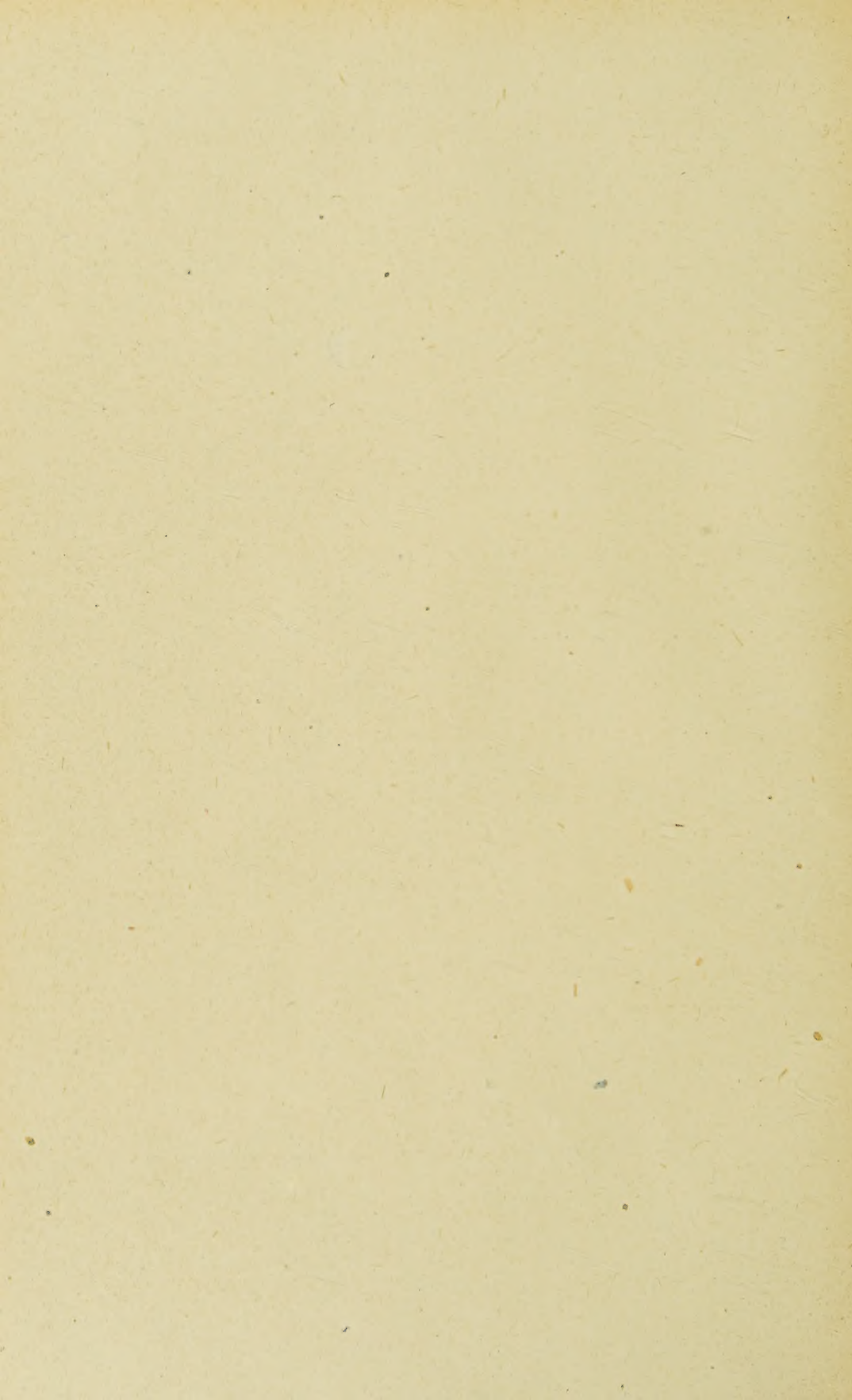
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 3 décembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	<i>Président.</i>
		MICHELEAU, professeur....	{ <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 82

LA

PSYCHOSE CIRCULAIRE TARDIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Roger LETAC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 3 décembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		MICHELEAU, professeur....	{ Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale..... VERGER	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... MAURIAC.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants... CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DENIGÈS.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Potanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
Histologie..... LACOSTE.	id..... JEANNENEY.
Anatomie pathologique..... MURATET.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... CREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... N.	id..... N.
id..... AUBERTIN.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... PIÉCHAUD.	Pharmacie..... GOLSE.
Maladies mentales..... PERRENS.	

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... N.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.. N.
Accouchements..... PERY.	Pharmacie chimique..... GOLSE.
Ophtalmologie..... CABANNES.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE, A MON PERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'académie.*

A MES MAÎTRES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548427_0021

LA PSYCHOSE CIRCULAIRE TARDIVE

INTRODUCTION

En clinique psychiatrique, on rencontre des états d'excitation et des états de dépression psychiques dans un très grand nombre d'affections. Parmi ces états, il faut distinguer un syndrome maniaque et un syndrome mélancolique qui peuvent se montrer à l'état pur, en particulier sous une forme alternante continue, comme dans la psychose périodique circulaire.

La psychose circulaire s'observe habituellement dans l'âge adulte, débutant de 20 à 30 ans le plus souvent. Elle se continue fréquemment dans la vieillesse et est ordinairement d'un très grave pronostic au point de vue de la santé mentale, sinon de la vie.

Elle n'est alors que l'exagération d'une constitution mentale spéciale, la constitution cyclothymique, qui, en cas de guérison, survit à la maladie. La psychose circulaire tardive est d'un pronostic moins défavorable : quelquefois, en effet, elle ne passe pas à la chronicité; elle se contente alors de se manifester aux environs de la cinquantaine à l'occasion de la ménopause ou de ce qui y correspond chez l'homme, plus ou moins sérieusement, et, après quelques oscillations, tout rentre dans l'ordre. Il semble que dans ces cas la constitution cyclothymique n'existe pas, ou tout au moins ne se mani-

festé pas avant le terrible choc qu'est la ménopause. Elle n'est alors le plus souvent qu'une atteinte peu grave qui guérira presque infailliblement.

Mais, dans la plupart des cas graves, au contraire, on rencontre dans les antécédents des signes de l'existence d'une constitution cyclothymique antérieure, qui non seulement n'a jamais nécessité d'internement, mais encore est passée inaperçue à peu près de tous, sauf des intimes qui en ont souffert directement.

Dans ces cas, l'atteinte est grave non seulement par l'importance de ses manifestations, mais plus encore par la rigueur de son pronostic : ces malades sont le plus souvent destinés à finir leurs jours à l'asile, soit en restant dans la catégorie relativement élevée des maniaques dépressifs circulaires sans déficit intellectuel, soit en tombant dans un état de démence chronique, qui est la lamentable fin de nombre d'affections mentales.

HISTOIRE DE LA PSYCHOSE CIRCULAIRE

Quatre périodes peuvent diviser l'histoire de la psychose circulaire :

Pendant la première, on a noté la répétition à intervalles plus ou moins rapprochés chez les mêmes malades d'accès de manie et de mélancolie, l'alternance de ces accès et la transformation de la manie en mélancolie et réciproquement (Arétée, Boërhavé, Cullen, Willis, etc.). Pinel et Esquirol n'ont vu dans la périodicité qu'un phénomène banal, accidentel et sans intérêt. — Pourtant, à cette époque (première moitié du XIX^e siècle, quelques auteurs, Dubuisson, Fodéré, Anceaume, avaient remarqué la plus grande gravité, comparée à celle des accès de manie simple, de ceux de manie périodique, intermittente ou compliquée de mélancolie.

Pendant la seconde période, qui comprend la seconde moitié du XIX^e siècle, la notion de folie circulaire a été découverte simultanément par Pierre Falret et Baillarger et surtout étudiée par des médecins français.

C'est en 1851, à la Salpêtrière, que Falret⁽¹⁾ décrit cette entité nouvelle et qu'il mentionna d'abord, à côté des types intermittents de manie, « un autre état d'intermittence qui s'observe entre la période d'affaîssement et la période d'excitation des maladies mentales... Une période d'excitation alterne avec une période d'affaîssement, ordinairement plus longue ». Il en signala l'incurabilité ordinaire, mais ne la décrit comme affection distincte qu'après que Baillarger⁽²⁾,

(1) J.-P. Falret, *Marche de la folie* (*Gazette des hôpitaux*, 1851 et *Bulletin Acad. de méd.*, 1854, t. XIX).

(2) Baillarger, *Folie à double forme* (*Bulletin Acad. de méd.*, janv. 1854).

en 1854, eut publié une « note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression, et l'autre d'excitation ».

Baillarger nomma l'affection, qu'il croyait constituer « un genre spéciale d'aliénation », *folie à double forme*.

Il se produisit alors une querelle de priorité entre les deux auteurs, dont la différence de conception n'était qu'entre l'existence pour Falret d'un intervalle lucide, et l'absence de celui-ci pour Baillarger, question d'importance secondaire. Marcé⁽¹⁾ les mit d'accord en proposant de n'appliquer le nom de folie à double forme qu'aux accès de manie-mélancolie séparés par un intervalle, et celui de folie circulaire qu'à ceux qui se succèdent sans interruption.

Morel⁽²⁾ pourtant élève de Falret, combattait cette nouvelle entité morbide, n'admettant pas que l'alternance et l'intermittence puissent suffire à la création d'un genre spécial. Son opinion est d'ailleurs vérifiée et acceptée aujourd'hui.

Après Foville, Ritti et J. Falret, tous les aliénistes français et étrangers décrivirent, à côté de la manie et de la mélancolie, la folie à double forme devenue classique.

Kirn⁽³⁾, Krafft-Ebing, Kraepelin firent de la psychose circulaire une psychose périodique, qu'ils rangèrent à côté des formes délirantes, des formes maniaques et des formes dépressives périodiques.

En 1899, et là s'ouvre la troisième période de l'histoire de la psychose circulaire, Kraepelin, dans la 6^e édition de son *Traité de psychiatrie*, proposa une nouvelle classification des maladies mentales complètement différente de celle des éditions précédentes. A propos de la psychose circulaire, il reprit les idées de Morel et de Magnan et remarqua que la répétition et l'alternance des accès n'étaient pas des caractères assez importants pour constituer des espèces distinctes. Il montra également que toutes les psychoses dites intermit-

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

(2) Morel, *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860.

(3) Kirn, *Die periodische Psychosen*, Stuttgart, 1876.

tentes, périodiques, circulaires, à double formes alternes, etc., présentaient toutes la même évolution et qu'il était logique de les considérer comme des manifestations d'une maladie, qu'il nomma « folie maniaque dépressive ».

Il émit entre autres l'idée que la manie classique de Pinel et d'Esquirol, déjà attaquée par les Falret et Morel, devait être exclue du groupe des maladies mentales et considérée comme un syndrome rentrant dans le cadre de la maniaque dépressive; il se basait sur le fait qu'il n'avait rencontré aucun cas de manie qui n'ait récidivé ou n'ait été suivi d'accès de mélancolie. Il ne distinguait que la mélancolie dite d'involution sénile, qu'il différenciait de la mélancolie juvénile rattachée à la maniaque dépressive.

Magnan⁽¹⁾, en 1893, avait déjà noté que la différence entre les folies intermittentes alternes, circulaires, ne reposait que sur des caractères, si saillants qu'ils fussent, « néanmoins secondaires et limités à une phase épisodique de la maladie ».

La classification de Kraepelin a fait l'objet de mémoires de Capgras⁽²⁾, de Sérieux⁽³⁾, de Rogues de Fursac, mais a été longtemps ignorée en France. Entre autres, Régis, Ballet, n'admettaient pas qu'il ne pût y avoir une mélancolie et une manie simples. Pourtant le premier ne voit pas de différence entre la manie et la mélancolie cycliques ou intermittentes et la manie et la mélancolie simples.

Nombreux sont les auteurs étrangers qui constatent n'avoir jamais de manie pure ou très rarement (Erp Taalman, Otto Hinrichsen), et même de mélancolie (Weygandt, Thomsen, Claüs). En France, Deny et ses élèves acceptèrent pleinement la notion de psychose maniaque dépressive.

En effet, on peut, selon lui, affirmer que « tous les accès d'excitation et de dépression sont, en réalité, des accès à double forme frustes, dans lesquels l'une des phases morbides

(1) Magnan, *Folie intermittente (Recherches sur les centres nerveux, 1893)*.

(2) Capgras, *Thèse de Paris, 1900*.

(3) Sérieux, *La nouvelle classification des maladies mentales du Professeur Kraepelin (Revue de psychiatrie, 1901, p. 109)*.

reste méconnue de l'entourage, et même du médecin, parce qu'elle est très effacée, surtout si on la compare à l'autre ».

On peut dès lors dire que les accès de manie intermittente sont en réalité des accès maniaques-dépressifs à prédominance maniaque, et réciproquement.

C'est également ce que soutiennent Rogues de Fursac (1) et Afranio Peixoto (2).

Mais assez arbitrairement, et ne se basant guère que sur des différences de degré, Kraepelin distinguait encore de la psychose maniaque dépressive la « mélancolie d'involution sénile ou mélancolie présénile ».

Thalbitzer n'admit pas cette distinction et rattacha la mélancolie présénile à la psychose maniaque dépressive.

Koelpin (1904) reprit la conception de Thalbitzer et accusa la valeur toute théorique et non justifiée par les faits, de la séparation de la mélancolie présénile et de la folie circulaire.

Masselon admit que la mélancolie n'est qu'un syndrome qui apparaîtrait au cours de quatre affections principales : la folie intermittente, la dégénérescence mentale, la démence précoce et les psychoses d'involution sénile.

Deny et Camus (1903) (3), et tout d'abord Kraepelin, combattirent ces idées. Puis, après l'apparition de l'ouvrage de Dreyfus (4), le dernier, dans la nouvelle édition de sa *Psychiatrie* (1909) comprit la mélancolie présénile dans le vaste cadre de la psychose maniaque dépressive, en en prédisant la disparition probable en tant qu'entité clinique.

Les auteurs français, et en particulier Régis, dans la thèse de son élève Gaussen (5) n'admirent pas la fusion de la mélancolie présénile qu'ils considéraient comme autonome. Les caractères différentiels qu'ils proposaient, n'apportent guère de

(1) Rogues de Fursac, *Manuel de psychiatrie*, 1904.

(2) Afranio Peixoto, *Annales médico-psychologiques*, 1903.

(3) Deny et Camus, *Les folies intermittentes (Actualités médicales, 1907)*.

(4) Dreyfus, *La Mélancolie, manifestation de la folie maniaque dépressive*, 1909.

(5) Gaussen, *La mélancolie présénile*, thèse Bordeaux, 1910-1911.

preuves. De même Molin de Teyssieu (1) essaya de faire admettre l'existence d'une maladie présénile. Ces observations de manie « pure » sont peu probantes, puisque nous en faisons entrer dans ce travail comme assez typiques « de psychose circulaire tardive ».

De même, Tastevin, Couchaüd, Benon (2), n'admettent pas que la mélancolie et la manie pures ne puissent exister. Ce dernier admet bien l'existence de la maniaque dépressive, mais l'appelle « dysthénie périodique » et la juge tout à fait différente de la manie et de la mélancolie, consistant en la périodicité et l'alternance d' « hypersthénie » et « d'asthénie » et rapproche cette dernière de la neurasthénie, mais avec moins de céphalée et de rachialgie : la preuve de l'existence de la neurasthénie étant loin d'être faite, il est oiseux d'en rapprocher une affection pour prouver la réalité de celle-ci.

La quatrième période de l'histoire de la psychose circulaire peut commencer avec l'apparition de la notion de la *cyclothymie*. Kahlbaum lui donna son nom en 1882. Hecker, en 1898, précisa que l'affection durait toute la vie, quelquefois avec des intervalles libres mais n'aboutissait jamais à la folie proprement dite et à la démence. Kraepelin, puis son élève Wilmans (1906), attribuèrent le nom de cyclothymie aux formes frustes ou atténuées de la psychose maniaque dépressive, composée elle-même de toutes les anciennes folies intermittentes, périodiques, circulaires, alternes, etc.

Depuis longtemps, d'ailleurs, à l'étranger, les termes d'excitation et dépression constitutionnelle, d'état maniaque constitutionnel, de manie et de mélancolie chroniques étaient usitées, se rapportant, sans aucun doute, à la cyclothymie. En France, on avait casé tant bien que mal la notion de la cyclothymie dans les cadres vagues de la dégénérescence mentale, de l'hystérie, de la neurasthénie.

(1) Molin de Teyssieu, *La manie présénile*, Bordeaux, 1910-1911.

(2) Benon, *Dysthénies périodiques* (*Revue Neurologique*, 1911).

Deny (1), à qui l'on doit la conception intégrale et exacte de la cyclothymie, précise que ce mot ne doit pas être pris en synonyme de formes frustes de la psychose maniaque dépressive :

1° parce qu'il est impossible d'assigner des limites précises à ces formes frustes;

2° parce que les formes légères, comme les formes graves de la folie circulaire, ne sont que l'exagération d'une constitution psychopathique spéciale qui préexiste à leur apparition et survit à leur disparition.

Selon Deny, il existe, en somme, une constitution psychopathique dite cyclothymique, au même titre que des constitutions hyperémotive, paranoïaque, mythomaniacale et perverse, dans le cadre desquelles on a voulu faire entre la psychopathologie humaine.

Les malades récidivant d'accès de manie ou de mélancolie, dans l'intervalle de ces accès, sentent trop ou pas assez, mais toujours à contre-sens. Les accès maniaques ou dépressifs ne sont que manifestations épisodiques contingentes, accessoires malgré leur gravité; de même, les délires systématisés hallucinatoires ne sont que l'exagération de la constitution paranoïaque.

Chacun est doué d'une vie affective propre, qui, sans être immuable, ne subit que de très légères oscillations. Mais à côté des équilibrés, il existe des sujets doués d'une émotivité et d'une impressionnabilité excessives. Ce sont ces sujets qui passent de l'enthousiasme au découragement, de l'expansion à la dépression. Ici Achille-Delmas et Boll (3) font remarquer que ce sont, au contraire, les variations de l'activité qui font la maladie et non celles de l'affectivité, lesquelles dépendent des premières. Il existe le plus souvent, en effet, une relation entre l'activité et l'humeur, mais non forcément : il y a des maniaques non gais, et, au contraire, irritables et malveil-

(1) Deny *La cyclothymie* (Presse Médicale, 1906).

(2) Kahn *La cyclothymie*, thèse Paris, 1908.

(3) A. Delmas et Boll, *La personnalité humaine*, Paris, 1920.

lants, difficilement abordables, et des déprimés doux et non tristes, et seulement inactifs. Le mot de cyclothymie serait donc, étymologiquement, employé à tort.

Quoi qu'il en soit, on ne peut nier l'existence de la constitution cyclothymique.

Kraepelin disait d'ailleurs : « Il existe une nombre incommensurable de ces formes atténuées de folie maniaque dépressive qui ne viennent jamais dans les asiles... Ces formes atténuées montrent quelles racines profondes la folie maniaque dépressive puise dans les prédispositions individuelles. » (1).

Actuellement, la question n'est plus de savoir si la mélancolie et la manie sont des maladies autonomes ou de simples syndromes. Ce n'étaient que d'oiseuses discussions que celles qui essayaient de faire admettre des classifications toutes théoriques, alors que la pathogénie, qui seule aurait pu permettre d'étiqueter les maladies était encore complètement inconnue.

A l'heure actuelle, où cette pathogénie s'ébauche, il paraît y avoir : un syndrome mélancolique ou dépressif et un syndrome maniaque ou d'excitation, qu'on retrouve dans toutes sortes de maladies mentales, et plus particulièrement dans le tableau d'une affectation paraissant à peu près autonome, la psychose circulaire, qui n'est elle-même que l'exagération morbide d'une constitution cyclothymique préexistante.

Mais, sous ces aspects mentaux, on recherche le fond organique.

Sans essayer tout d'abord de tirer des conclusions, Claude, Tinel et Santenoise ont cherché à mettre en évidence les rapports qui existent entre les oscillations du système neuro-végétatif, et celles des folies périodiques et principalement de la maniaque dépressive. Ces rapports existent, très nets.

De même, Marie, Parhon, Laignel-Lavastine, Viola, Pende, Kretschmer, Bleuler, ont noté les relations existant entre le fonctionnement endocrinien, le fonctionnement neuro-végétatif, la morphologie individuelle et le tempérament psychique.

(1) Kraepelin, *op. cit.*

Kretschmer et Bleuler ont refondu enfin l'ensemble des constitutions psychopathiques admises : hyperémotive, cyclothymique, mythomaniaque, paranoïaque et perverse et n'admettent que les constitutions *schizoïde* et *cyloïde*.

Ces schémas ne font qu'essayer de synthétiser une réalité essentiellement complexe et changeante. Il n'existe, en réalité, pas de constitution psychopathique à l'état pur, mais une prédominance qui laisse néanmoins percer et se manifester des tendances divergentes.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DE LA PSYCHOSE CIRCULAIRE

Avant d'entamer l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la psychose circulaire, notons tout d'abord l'importance du facteur *hérédité*. Kraepelin note l'hérédité dans 80 p. 100 des cas. L'hérédité similaire est assez fréquente chez les circulaires. Pilcz (1) de 80 p. 100 d'hérédité chez les maniaques dépressifs, avec 40 p. 100 d'hérédité similaire.

L'équilibre mental du cyclothymique est à la merci du moindre incident. Mais il serait inexact de penser que cet incident agit directement sur le psychisme. C'est par l'intermédiaire de l'organisme, dont il trouble l'équilibre neuro-humoral, qu'il entre dans la genèse des accès.

La constitution cyclothymique elle-même n'est-elle pas en rapport avec une absence d'équilibre humoral de l'organisme, absence constitutionnelle de cet équilibre dont dépendraient les manifestations psychiques ? C'est ce que des recherches récentes semblent devoir établir.

Qu'un événement survienne dans la vie de l'organisme, cette vie se trouve troublée, et l'équilibre, si précaire, du cyclothymique s'en trouve souvent rompu. Cet événement n'est donc qu'une cause occasionnelle, même pas de l'oscillation qui crée une période d'excitation ou de dépression, mais celle de l'amplification de cette oscillation.

Les *infections* qui frappent et affaiblissent l'organisme et son pouvoir réactionnel détruisent l'équilibre neuro-humoral d'autant plus facilement que celui-ci est constitutionnellement

(1) Pilcz, Art. « Psychoses périodiques » du *Tr. intern. de psychol. path.* d'A. Marie, 1911.

instable. Les *intoxications* agissent semblablement, qu'elles soient exogènes ou endogènes.

De même les traumatismes. De même les excès de toutes sortes.

D'autres causes semblent en rapport direct avec la genèse des troubles qui créent l'accès de psychose. Ce sont les troubles des glandes à sécrétion interne : ici la relation est immédiate et le trouble endocrinien n'est plus la cause occasionnelle, mais bien la cause efficiente, ou tout au moins une cause adjuvante.

Il est d'observation courante que la psychose maniaque dépressive est d'une fréquence beaucoup plus élevée chez la femme. Cette fréquence n'est certainement pas sans rapports avec les fonctions utéro-ovariennes. Les règles réagissent souvent par leur périodicité sur la constitution cyclothymique, et il est fréquent de voir telle manifestation dépressive ou maniaque coïncider avec le retour du flux menstruel. Du reste, on a depuis longtemps (Schüle, Krafft-Ebing, Franchi) (1) décrit des psychoses menstruelles. La grossesse est également fréquemment le point de départ de manifestations circulaires : outre le surmenage et la rupture d'équilibre qu'elle provoque dans l'organisme féminin, elle agit comme un véritable facteur d'intoxication due au fœtus (intoxication gravidique). La puberté est aussi l'occasion de l'apparition de troubles circulaires. La suppression des glandes génitales, que ce soit chez l'homme ou chez la femme, est une cause non douteuse de nombre de psychoses. Chez la femme, la castration opératoire et ses suites mentales ont été l'objet de l'étude de maints auteurs : Bryant, Doran, Tissier, Fillebrow, Gaillard Thomas, Auguste Marie, Régis (2), Maignol (3), Combemale et Demacon (4).

D'après Maignol, on observe : des troubles du caractère permettant la vie normale, consistant en irritabilité, excitabilité,

(1) Thèse Montpellier, 1926.

(2) Régis, *Sur un cas de psychose après ablation des ovaires*.

(3) *Contribution à l'étude des psychoses observées à la suite de l'ablation des ovaires*, Paris, 1924.

(4) Combemale et Demacon, *Les psychoses des ovariectomisées* (Bruxelles méd., 1927, p. 879).

état neurasthénique; des troubles plus graves, moins fréquents aussi, qui seraient sous la dépendance de l'hérédité des opérées. Tous les auteurs susnommés ont trouvé surtout des cas d'excitation et de dépression et souvent l'association de ces deux syndromes. Dans trois observations de Maignol, on constate l'établissement d'une psychose maniaque-dépressive avec accès répétés, soit de manie, soit de mélancolie, soit des deux formes.

Pour Régis, il s'agirait de troubles dus à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire. Pour Harvier, il se créerait un hyperthyroïdisme réactionnel, un hyperfonctionnement surrénal et il le démontrerait par l'apparition de sclérose, d'hypertension artérielle, d'athéromes, enfin de troubles semblables à ceux de la ménopause et dus à l'activité réactionnelle des surrénales et de la thyroïde engendrée par la déchéance ovarienne. Combemale en fait un trouble de métabolisme général. De même, chez l'homme, les dépressions consécutives à la castration opératoire, si elles ont pu s'expliquer par la tristesse et la honte bien légitimes d'une semblable déchéance, entrent également dans le cadre de la folie circulaire et ont sans doute une cause plus organique que cette tristesse et cette honte, qui serait la suppression du testicule, glande à sécrétion interne.

On a également constaté depuis longtemps que les autres glandes à sécrétion interne, telles que la thyroïde, les parathyroïdes, les surrénales, l'hypophyse, le pancréas et le foie, provoquent par leur fonctionnement défectueux des troubles de nature maniaque dépressive : les insuffisants thyroïdiens marquent de la torpeur intellectuelle, de la somnolence, de l'apathie et de l'hébétude. Au contraire, les hyperthyroïdiens se montrent instables, irritables, hyperémotifs, sont excités par bouffées et présentent souvent de la confusion et des hallucinations. Les addisoniens ou insuffisants surrénaux sont tristes, apathiques, abouliques. Dans l'insuffisance surrénale aiguë existe du délire avec agitation, des convulsions, des crises épileptiformes. Les troubles hypophysaires sont mis en

évidence dans l'acromégalie : les acromégales sont asthéniques, tristes et irritables. Nous reviendrons plus loin sur les notions récentes que Marie et Parhon, Laignel-Lavastine, Claude, Tinel et Santenoise, Bleuler, Kretschmer, Viola et Pende donnent sur les rapports des glandes endocrines, du système neuro-végétatif et du psychisme.

Si nous nous sommes étendu à la fois sur la castration opératoire et sur les troubles mentaux endocriniens, c'est qu'il est hors de doute que la ménopause, en s'installant, coïncide avec des troubles assez peu différents de ceux que l'on observe chez les ovariectomisées et les châtrés, ainsi que chez les déséquilibrés endocriniens.

La ménopause est étymologiquement la cessation des menstrues; si la ménopause masculine n'existe pas, il est certain qu'il existe chez l'homme un processus analogue à la ménopause féminine. On s'est aperçu depuis longtemps que, de 45 à 50 ans environ, on pouvait voir éclore, en même temps que s'établissait la ménopause chez la femme et que débutaient les premières atteintes de la sénilité dans les deux sexes, des affections somatiques et mentales particulières. La fréquence des troubles mentaux de la ménopause était admise depuis longtemps. Pinel, dans son *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale*, dit en effet : « Je jette un voile sur l'âge de retour que l'on ne peut peindre que sous les traits les plus mélancoliques et les plus tristes, si un caractère élevé ne remplace par des jouissances pures le règne des plaisirs frivoles et d'une vie dissipée. » Et Esquirol, dans son *Traité des maladies mentales* : « Les désordres des menstrues, provoqués par les accidents physiques ou les progrès de l'âge, multiplient les conditions favorables à l'aliénation mentale. » Pour lui, la ménopause est souvent la cause première de la typhémanie. Brière de Boismont, Morel, le pensent également. Ball admet que c'est une des causes les plus importantes de la folie chez la femme : « Non seulement on voit l'aliénation mentale se développer avec toutes ses formes à cette époque de la vie, mais il existe incontestablement, chez la plupart des femmes par-

venues à cet âge, un caractère irascible, difficile et fantasque », auquel il attribue la mauvaise réputation des belles-mères. Berthier observe un délire maniaque qui, à 50 ans, devient à forme périodique, et tous les mois, pendant cinq jours, la malade fait de la manie incohérente.

Rémond et Voivenel (*Encéphale*, n° 2, 1911) considèrent que le syndrome ménopausique se caractérise par un déséquilibre général de l'organisme, à la base duquel se trouvent les auto-intoxications dues à l'hypergénèse de certains organes et à l'involution de certains autres. Il en résulterait un état de dépression générale temporaire entrecoupé d'épisodes souvent fugaces, quelquefois prolongés, et pouvant aboutir à un état morbide mental très caractérisé.

Les symptômes des différentes affections mentales de la ménopause se ressentent du terrain sur lequel elles évoluent, et nous verrons plus loin quelles modifications l'âge et ses conséquences organiques et mentales apportent au tableau clinique de la folie circulaire.

La ménopause doit-elle être considérée comme une castration naturelle, entraînant avec elle des troubles semblables à ceux des castrations opératoires, soit par suppression des glandes endocrines que sont l'ovaire et le testicule, soit par réaction sur les autres glandes endocrines ? Doit-elle être considérée comme un phénomène concomitant, première manifestation de la sénilité qui s'installe, et à la faveur de laquelle, simple cause occasionnelle agissant comme une infection ou une intoxication quelconques, se produit le déclenchement qui bouleverse l'équilibre du cyclothymique ? Il est possible que les deux processus se produisent et que le retour d'âge, castration naturelle, soit à la fois cause occasionnelle et cause efficiente de l'exagération de la cyclothymie et de sa transformation en véritable psychose.

Depuis quelque temps on s'occupe surtout d'étudier les rapports qui existent entre les psychoses et la vie organique. Ce

sont principalement le système neuro-végétatif et les glandes à sécrétion interne qui ont attiré l'attention des auteurs.

Santenoise, Claude et Tinel ont étudié les rapports des troubles du système neuro-végétatif et des psychoses.

« Les psychoses telles que la manie, l'anxiété, l'automatisme mental avec excitation psychique (accroissement du dynamisme psychomoteur), sont toutes précédées et accompagnées d'un accroissement de l'excitabilité des centres pneumogastriques. Inversement, l'asthénie, l'hébéphrénie, caractérisées par une diminution de l'activité, sont précédées et accompagnées d'une diminution considérable de l'activité fonctionnelle du pneumogastrique (1). »

Dans le même article, Santenoise remarque l'importance de la concaténation neuro-glandulaire dans la régulation des échanges des cellules nerveuses corticales et sur l'activité cérébrale.

Dans les états périodiques, les signes physiques traduisent en effet un état anormal du système neuro-végétatif.

Manie : céphalée, inappétence, constipation, accélération du pouls, modification de la tension artérielle, leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire comparable au choc hémoclasique de Widal. Mydriase, inégalité pupillaire passagère. Accélération du rythme respiratoire. Augmentation des sécrétions; amaigrissement, suppression de la menstruation.

Mélancolie : état saburral; anorexie; constipation, ralentissement du pouls dans la dépression, accélération dans l'anxiété; faible tension; troubles vaso-moteurs. Presque toujours, il existe des troubles de la sensibilité perceptive, qui ont fait dire que la mélancolie est avant tout une maladie de la cénesthésie.

On peut explorer le système neuro-végétatif par divers procédés :

a) Par l'étude des réflexes sympathiques et parasympathiques : réflexe oculo-cardiaque (pneumogastrique); réflexe so-

(1) Santenoise, *Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles* (Encéphale, juillet-août 1927).

laire (sympathique); réflexe d'Erben (sympathique); raie blanche de Sargent (décelant l'hyposympathicotonie); hémoclasie digestive;

b) Par les tets pharmacodynamiques : l'adrénaline, l'atropine, qui excitent le sympathique, ne sont efficaces que pendant le calme; la pilocarpine, l'ésérine, au contraire, qui excitent le vague, provoquent des réaction rapides et intenses durant les accès.

Ces modifications du système neuro-végétatif apparaissent quelques jours avant les modifications psychiques; si bien que Sautenoise a pu diagnostiquer à l'avance des accès et en faire le pronostic et même, en agissant sur les modifications des tonus sympathique ou parasympathique, retarder ou même diminuer l'intensité d'un accès.

L'étude des « constitutions » et des « tempéraments » s'est poursuivie, faite principalement par Bleuler, Kretschmer, Viola et Pende. Dans ces travaux, les conclusions sont à peu près analogues à celles de Santenoise, Claude et Tinel.

Les individus normaux sont classés d'après le « tempérament » spécial que leur font leurs glandes endocrines : c'est ainsi qu'il existe un tempérament hypothyroïdien, un hyperthyroïdien, un hypoadrénalien, un hyperadrénalien, un hypophysaire, un hyperhypophysaire, un hypogénital, un hypergénital, etc. A ces types correspondent des types physiques bien décrits par Viola, Pende, Kretschmer, qui ont constaté une morphologie spéciale à chaque tempérament.

De plus, il existe un rapport direct entre le fonctionnement des glandes endocrines et le système neuro-végétatif, parasympathique et sympathique, dont le tonus est plus ou moins marqué.

On retrouve également ces types chez les aliénés. Si bien que Kretschmer a pu décrire deux caractères psychiques principaux avec leurs types morphologiques, endocriniens et neuro-végétatifs :

1° Ce qu'il a appelé la constitution schizoïde ou schizothymique : Le schizoïde est brutal, ironique ou réservé, peu so-

cialable, constant, lètu, ombrageux, solitaire, sans esprit, docile, courageux. On observe chez lui une dissociation de la vie affective et de la vie intellectuelle. Comme dit Mac Auliffe (1), il se tient entre les pôles « irritable et obtus ». A ces caractères psychiques correspond une prédominance du tonus sympathique avec une prévalence endocrinienne de la thyroïde, de l'hypophyse, du tissu chromaffine ou adrénalinogène, expliquant l'hypertonie sympathique; les caractères morphologiques sont les suivants : les schizoïdes sont morphologiquement des *plats longilignes* (Mac Auliffe *microsplanchnique* de Pende) ainsi décrits : buste court; membres longs; prédominance des diamètres de longueur sur ceux de largeur; formes longtemps juvéniles et élégantes; système pileux bien développé; maigreur habituelle. A ce type correspondent, chez les aliénés, les formes catatoniques et paranoïdes.

2° La constitution cyclothymique est celle qui nous intéresse de plus près. Le cyclothymique, étudié par Kahlbaum, Hecker, Wilmans, Demy, Kahn, présente une humeur oscillant entre l'euphorie et la dépression. Kretschmer en fait un hyperaffectif, se tenant entre les pôles « gai et triste ». Le cyclothymique est, au contraire du schizoïde, sociable; il a « le cœur sur la main », se prodigue avec générosité et facilité, se fait facilement des amis, a autant d'aplomb que le schizoïde de réserve; il se monte aisément la tête. Il est sensuel et ne platonise pas. Quand il est inhibé, il se plaint de ne jamais trouver de cordialité, d'amitié, preuve que ce sentiment est un élément de vie pour lui. Il présente un penchant à la satisfaction de l'instinct de reproduction, ce qui dénote une excitabilité excessive du parasympathique pelvien. Le parasympathique a, en effet, une action prédominante dans ce tempérament : il y a également prédominance des glandes génitales. Morphologiquement, cette constitution correspond au type « *rond bréviligne* » de Mac Auliffe (type mégalosplanchnique des morphologistes italiens, *Pyknicus typus* de Kretschmer) : buste

(1) Mac Auliffe, *Les tempéraments endocriniens* (Arch. de neurologie, 1926).

volumineux, membres courts, prédominance des diamètres de largeur sur ceux de longueur, tendance à l'embonpoint; organes génitaux bien développés.

Chez les aliénés, ce tempérament donne les circulaires ou maniaques dépressifs. « Dans la folie maniaque dépressive, dit Bleuler, il existe une rangée ascendante, qui mène des réactions syntones de l'individu normal par-dessus les cycloïdes et cyclopathes, jusqu'aux formes franches de la folie maniaque dépressive. »

Selon Kretschmer, il semble démontré que les états psychiques bien déterminés, ainsi que certaines psychoses endogènes, ne sont que les points culminants d'un réseau imbriqué de rapports somato-psychiques, qui peuvent être suivis en étudiant les familles dont l'atmosphère psychique est pour ainsi dire le type schizothymique prédominant et celles dans lesquelles elle revêt plutôt le type cyclothymique.

De cela, il faut retenir que, toujours, comme le fait remarquer Mac Auliffe, même dans ces cas si complexes, l'étude morphologique de l'individu est à la base de celle du tempérament.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA PSYCHOSE CIRCULAIRE

La symptomatologie de la psychose circulaire tardive se ressent du terrain sur lequel la maladie évolue : soit que celle-ci ait été simplement exacerbée à l'occasion de la ménopause, soit qu'elle ait été en quelque sorte révélée et que la catastrophe du retour d'âge ait exagéré et manifesté une constitution cyclothymique à peu près latente.

Disons tout de suite que, dans l'immense majorité des cas, cette exagération de la constitution cycloïde non seulement ne nécessite pas l'internement, mais ne modifie même pas le cours de la vie du malade, qui continue à vaquer comme par le passé à ses occupations et qui frappe seulement les personnes de l'entourage immédiat : « Il vieillit », dit-on. Nous donnerons des exemples de ce circularisme peu marqué, révélé par la ménopause.

Mais ce qui nous intéresse particulièrement, ce sont les cas, plus fréquents qu'on ne le pense, nécessitant un internement quelquefois prolongé et, dans certains cas, définitif.

Nous prendrons donc pour type de description un malade dont la constitution cyclothymique plus ou moins latente et souvent soupçonnée de l'entourage est révélée par la ménopause, à l'occasion du retour d'âge, vers la cinquantaine.

C'est, comme nous l'avons dit plus haut, généralement une femme (dans les 3/4 des cas). On remarque d'abord que ses antécédents familiaux sont le plus souvent loin d'être vierges de toute maladie mentale. Il y a en général un ou plusieurs aliénés dans l'ascendance, souvent des maniaques dépressifs (hérédité similaire). Chez les collatéraux, on note fréquemment des aliénés. L'hérédité est donc souvent similaire; les

ascendants ont été parfois frappés eux aussi à un certain âge, vers leur déclin.

Dans les antécédents personnels de la malade, souvent, on ne trouve rien de très particulier : quelquefois, cependant, son caractère instable, son humeur triste ou au contraire gaie et excentrique, parfois présentant successivement et rapidement l'un ou l'autre aspect, l'ont fait noter comme une personne bizarre, capricieuse, inconstante, fantasque, lunatique; tantôt elle était entreprenante, enthousiaste, exubérante et pleine de confiance en elle; son optimisme imperturbable lui faisait voir toutes choses sous les couleurs les plus heureuses. Alors elle dépensait, se mettait en quatre pour recevoir, achetait même au delà de ses moyens, ne comprenant pas les reproches qui pouvaient lui être faits. Puis, le vent de la dépression éteignant ce feu de paille, elle devenait apathique, parlait peu, se montrait morose, triste même, découragée de tout. L'inhibition de sa volonté lui interdisait d'accomplir non seulement ce qu'elle avait entrepris lors de son excitation, mais encore les actes les plus ordinaires de la vie courante. Plus de dépenses, plus de réceptions, mais la vie solitaire et renfermée, quelquefois chiche. Elle devenait indifférente, se désintéressait de ses proches, de ses enfants, du conjoint, elle avait peur de tomber malade, souvent si peur qu'elle se croyait réellement malade, faisait venir le médecin et en changeait parce qu'elle ne guérissait pas. Mais elle était susceptible de reprendre un moment confiance aux paroles d'encouragement qui lui étaient adressées, quitte à retomber ensuite de son haut. Toutes ces manifestations, plus ou moins nettes, sont le plus souvent à peine perceptibles, et seulement par l'entourage immédiat. Ces cyclothymiques sont en effet capables de donner le change aux étrangers par un dernier sursaut de la volonté, qui, en compensation, s'effondre à leur retour dans l'intimité. Un ou deux accès ont été quelquefois assez forts pour inquiéter l'entourage, mais n'ont pas nécessité d'internement.

Cette personne bizarre, inconstante, capricieuse, etc., est

arrivée depuis peu à l'âge critique, à l'âge où le passé commence à remplacer l'avenir et à empiéter sur le présent. Ce retour d'âge catastrophique, qui bouleverse l'organisme et, par son intermédiaire, le psychisme, agit aussi directement sur ce dernier : c'est en effet la première apparition de la vieillesse, sinon de la sénilité; c'est là que le commun des mortels est tenu de désarmer; c'est là que s'accroît la chute vers le néant, et l'on comprend que ce cap de la cinquantaine soit pénible à doubler et en impose aux intellects les mieux trempés.

Cette personne arrivée aux confins de la cinquantaine a pu se sentir soudain poussée à une intempérance dont elle n'avait aucunement l'habitude : cette impulsion à boire se trouve en effet souvent au début d'un accès circulaire, surtout maniaque et est un des premiers signes du trouble qui grandit. Nous le remarquerons dans quelques-unes des observations qui suivent. Puis, brusquement le plus souvent, parfois petit à petit, elle entre dans une excitation plus ou moins marquée, quelquefois précédée d'un court accès dépressif. Plus fréquemment, c'est cet accès dépressif qui commence et qui dure, parfois très longtemps, avant d'être remplacé par un accès d'excitation.

Mais toutes les éventualités, toutes les combinaisons, sont possibles, et il est impossible de décrire un accès type de folie circulaire; on ne peut qu'en décrire les deux syndromes qui la composent : le syndrome mélancolique et le syndrome maniaque. Nous ne renouvelerons cette description classique et inchangée depuis longtemps que pour y introduire les éléments qui font différer la folie circulaire de cet âge de la folie circulaire des individus adultes.

Trois phénomènes principaux de l'involution sénile normale du psychisme vont influencer sur l'aspect des syndromes maniaque et mélancolique :

1° Les altérations de la mémoire qui régresse suivant une loi (loi de Ribot) : effacement des impressions récentes, affaiblissement des impressions de l'âge mûr et reviviscence des impressions de l'âge jeune. Bien entendu, ces altérations ne

sont que très peu marquées à cet âge, qui, bien qu'il marque le déclin, n'est pas encore ce qu'on peut considérer comme la vieillesse, encore moins comme la sénilité. Mais, si peu que ce soit, elles existent.

2° Il ne se forme plus de nouvelles associations. Il n'y a plus de nouvelles acquisitions. Il existe une tendance à vivre sur le passé, sur les souvenirs. Même remarque pour cette transformation fâcheuse de l'intellect, elle n'est, bien sûr, que très relative à 50 ans.

3° Enfin, et cette dernière modification est la plus profonde et la plus précoce, l'affectivité diminue : des sentiments égoïstes apparaissent ou s'accusent et une tendance à ne s'occuper que de soi, à négliger les autres, même les êtres les plus chers (tendance égocentrique). Le quinquagénaire est difficile à émouvoir, si ce n'est pour lui-même, et cette tendance va, comme les autres altérations du psychisme, s'accroître avec l'âge.

Phase maniaque.

Tous les degrés sont possibles, depuis l'hypomanie jusqu'à la manie furieuse, en passant par la manie franche. Pourtant, lorsque l'excitation précède ou succède à un accès de dépression bien caractérisé, c'est plutôt l'hypomanie qui prédomine.

Le malade est gai quelquefois, irascible et hargneux le plus souvent, mais surtout instable, changeant par à-coups. Pour la moindre chose il va s'emporter, injurier les gens, les menacer, se calmant tout d'un coup pour devenir ironique, caustique, et faire les plaisanteries les plus acerbes à côté des plus mauvais calembours. Il peut également, avec aussi peu de raisons, devenir larmoyant, s'attendrir bêtement, semblable aux ivrognes qui ont le vin triste. Qu'il soit gai ou larmoyant, ironique ou colère, il parle, il parle toujours; les mots semblent couler de sa bouche comme d'une source inépuisable (logorrhée). Il a seulement un peu moins d'imagination qu'un jeune : comme il parle pour parler, il répète souvent les mêmes mots, en attendant d'en trouver d'autres; cela peut en imposer

pour de la stéréotypie. Chaque impression réveille d'innombrables associations, mais ce sont des associations faites de faits et d'images anciens, des réminiscences; il discourt à perte de vue, récite au besoin et déclame des choses oubliées à l'état normal, tel ce malade d'Anglade récitant des pages entières des dialogues de Lucien qu'il avait oubliés après sa guérison. Les malades sont parfois jargonaphasiques-logorrhéiques, et ce trouble fonctionnel est associé à l'agitation motrice; il est sous la dépendance, selon Anglade et Molin de Teyssieu, d'une lésion de la région postérieure de la première circonvolution temporale gauche.

De même qu'il parle pour le besoin du geste de parler, le maniaque remue pour la nécessité de s'agiter, sans aucun motif : il saute, il danse, chante, gesticule, monte sur un meuble, en redescend, y remonte; quelquefois il brise un objet qui lui tombe sous la main et en arrive même parfois à un véritable délire des actes (*Tobsucht*). Malgré l'âge, le malade est absolument infatigable et fait preuve d'une force prodigieuse.

Le phénomène de fuite des idées se retrouve également chez l'hypomaniaque, à un moindre degré que chez le maniaque franc : une idée qui se présente n'a pas le temps d'être exprimée complètement et est remplacée par une autre, oubliée et remplacée aussi rapidement que la première. Plus ce phénomène est marqué, plus le malade est incohérent; pourtant il n'est pas impossible qu'il prête un court instant d'attention aux questions répétées : il fait un effort momentané et pénible, répond exactement et retombe dans son incohérence. Mais, le plus souvent, il n'y a pas véritablement fuite des idées, mais seulement associations rapides : ces associations sont des plus saugrenues, souvent verbales, et n'ayant d'autre lien que la similitude d'assonnances.

Mais il est à remarquer que les idées ne sont pas plus riches qu'à la normale; elles sont seulement plus rapidement présentées. Kraepelin compare l'exaltation maniaque à celle de l'ivresse : il n'y a pas de richesse d'idées, mais de mots. Il y

a augmentation de quantité, mais non de qualité, et c'est d'autant plus net que le sujet est plus âgé.

L'hypomaniaque quinquagénaire est facilement grossier, ordurier dans ses propos, encore plus que le maniaque jeune. Il se plaît dans des plaisanteries, des farces énormes et obscènes. Il injurie aisément.

De plus, son caractère exécrable le fait mettre à l'index de toute société; autoritaire et arrogant, il essaie de faire peser sur tout le monde sa tyrannie. Il veut être servi avant tout autre et être obéi avant de s'être exprimé. Si on lui résiste, c'est alors que s'ouvre l'écluse aux grossièretés, aux injures les plus basses et les plus ordurières.

Il se venge en répandant calomnie sur calomnie, diffamation sur diffamation. Souvent, d'ailleurs, c'est sans raison, pour obéir à un besoin absolu; ces maniaques, lâchés dans la société, y causent souvent des drames, surtout si les autres symptômes mentaux sont dissimulés et peu accusés, ce que sait fort bien faire l'hypomaniaque; et comme il est documenté et ne manque pas d'arguments, on le croit aisément. C'est ce qu'on appelle la « manie raisonnée ».

A un degré plus élevé, ces travers du caractère deviennent du délire : ce sont des idées délirantes de persécution, d'orgueil, de grandeur. Les idées délirantes sont très fréquentes à cet âge : elles se systématisent d'autant plus facilement que l'accès maniaque est moins fort.

Anglade, Régis ont décrit des délires systématisés consécutifs à la manie, surajoutés à cette affection, ce que Mendel a appelé la « paranoïa secondaire ». Dans la psychose intermittente de Masselon et Bessièrès, chaque crise se traduit par un délire de persécution et de grandeur d'apparence systématisée, disparaissant et revenant régulièrement. Mais on paraît avoir affaire là à l'évolution d'un délire systématisé dû au terrain paranoïaque sur lequel il évolue.

La coïncidence de ces idées délirantes et de la maniaque dépressive serait due à l'association de deux psychoses, ce

qu'on a appelé les « psychoses associées », la paranoïa et la folie circulaire, la première se surajoutant à celle-ci.

« L'organisation de la paranoïa secondaire, dit Régis, se fait par la persistance et le développement, au milieu de la fuite générale des idées, d'une des catégories de conceptions malades qui ont traversé, dans l'état aigu, l'esprit du sujet. »

Mais lorsqu'on étudie ces délires secondaires, on s'aperçoit qu'ils sont, en réalité, bien peu cohérents et qu'ils doivent surtout leur aspect organisé à la stéréotypie plutôt qu'à une construction logiquement étayée.

Abély et Baüer ont récemment voulu faire admettre que chez les maniaques anciens pouvaient se constituer des délires persistants coordonnés, bien organisés, qui sont, non des résidus de l'accès maniaque, mais bien des symptômes de cet accès, inséparables de lui. Ces délires systématisés se distingueraient des paranoïas secondaires par l'absence d'hallucinations, l'absence d'idées de persécution. Il n'y a pas de signes de constitution paranoïaque antérieure. Ce sont des délires d'interprétation et d'imagination qui sont toujours euphoriques, avec idées ambitieuses et érotiques. Enfin, ils suivraient les variations de l'hypomanie, disparaissant avec elle et changeant de signe dans la phase dépressive.

Quoi qu'il en soit de l'origine et de la place réelle de ces délires dans la symptomatologie, que ce soit comme simples symptômes ou comme affection secondaire qu'ils apparaissent, leur fréquence ne fait pas de doute chez le quinquagénaire : on rencontre assez souvent des idées délirantes chez le maniaque de cet âge et elles se systématisent volontiers quand l'excitation n'est pas trop accentuée.

Le délire de persécution se rencontre fréquemment, mais assez mal systématisé : le maniaque en veut à tout le monde sans en vouloir à personne et ses idées délirantes sont plutôt l'effet d'un besoin de se plaindre, de grogner et de manifester son mécontentement. Pourtant il arrive que des idées de persécution nettement organisées se fassent jour : on rencontre des quérulants, des chicaneurs, des processifs, qui ne sont au-

tres que des circulaires à l'état d'excitation : on pourrait penser ici à une psychose associée et à l'exagération d'une constitution paranoïaque coïncidant avec celle de la constitution cyclothymique. Peut-être pourrait-on penser aussi à une hypertrophie de la tendance égocentrique normale chez le quinquagénaire, faisant dévier vers elle les manifestations de la manie : le quinquagénaire, étant naturellement porté à s'occuper uniquement de lui, trouvera extraordinaire que tout le monde ne fasse pas de même; les idées de persécution et celles, qui en découlent, de revendication, ne sont que l'exagération de ces tendances naturelles.

Les idées érotiques se rencontrent souvent, d'après Guéneau de Mussy et Ritti, rarement d'après Molin de Teyssieu. Si elles existent, elles ne peuvent venir que de souvenirs qui se donnent libre cours par suite de l'absence du contrôle de la volonté. Mais elles ne peuvent qu'être plus rares que chez l'individu jeune, qui peut se permettre de les réaliser. En tout cas elles ne se manifestent guère qu'en paroles, rarement en actes : chez le circulaire adulte, au contraire, les penchants érotiques irrésistibles se donnent libre cours, même à l'encontre de toutes les habitudes antérieures; il n'existe plus aucune retenue, et l'on peut voir s'accuser des tendances anormales et perverses.

Les idées de grandeur sont assez peu accusées : comme le dit Pilcz, les malades ne croient guère à leurs gasconnades, et il cite le cas de ce malade qui, se promenant tout fier avec des décorations à sa boutonnière, les enleva prestement en rencontrant son chef. Elles sont parfois systématisées comme les idées érotiques et se rapporteraient alors au délire systématisé maniaque d'Abély et Bauer : ces auteurs citent le cas d'Auguste Comte, le père du positivisme, qui, maniaque dépressif depuis sa jeunesse, fut atteint, après sa dernière crise, d'un délire systématisé coïncidant avec un état permanent d'hypomanie et consistant en idées de grandeur avec idées amoureuses (à la suite de la mort de Clotilde de Vaux, qu'il aimait), politiques, mystiques : il écrivit au tsar, au pape; se dit le

plus grand penseur de l'humanité depuis Kant et parlait de « son incomparable mission ». Il se maintint d'ailleurs dans une remarquable intégrité intellectuelle jusqu'à sa mort.

Avec le délire mystique apparaissent fréquemment des hallucinations qui peuvent d'ailleurs coexister avec d'autres délires : elles sont, d'après Molin de Teyssieu, Ritti et Thalbitzer, beaucoup plus fréquentes que pendant la jeunesse et coïncident avec un appoint confusionnel assez marqué. Malgré ce que dit Dorez, il existerait peu d'idées de jalousie (Molin de Teyssieu). En effet, celles-ci demandent une organisation dont les autres idées délirantes n'ont pas besoin pour se manifester.

Souvent les délires, au lieu de n'apparaître que comme symptômes épisodiques au cours de l'accès d'excitation, paraissent être eux-mêmes toute la symptomatologie de l'accès. Ils alternent avec la dépression. L'excitation ne se montre alors qu'à l'état fruste, consistant seulement en bavardage plus ou moins cohérent, en instabilité. Les idées délirantes sont le symptôme le plus marquant. Ce sont surtout des idées de persécution, des idées érotiques, des idées de grandeur. Ces idées peuvent être plus ou moins systématisées, mais, en général, elles disparaissent pendant la période de calme, pendant laquelle le malade reconnaît ses erreurs.

Physiquement, le circulaire excité trahit dans son maintien, dans son allure, son euphorie : il est comme rajeuni, vif, alerte, vigoureux ; sa figure est animée, son teint coloré et clair, le regard brillant et vif. L'appétit est généralement excellent et les fonctions digestives s'accomplissent bien. S'il n'engraisse ordinairement pas, du moins ne maigrit-il que très peu, chose étonnante si l'on pense à l'activité qu'il dépense.

La réflectivité est exagérée dans un tiers des cas, et diminuée dans les deux tiers, contrairement à ce qu'on observe chez les maniaques jeunes (Molin de Teyssieu).

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire montre le plus souvent de l'hypertension artérielle, dans un quart des cas selon Molin de Teyssieu. Des bruits de galop peuvent même être

entendus. Le pouls est rapide et précipité. Sauf complication, la température ne dépasse pas 38°. Les sécrétions sont fortement activées; la sudation est abondante et d'odeur forte; la salivation est exagérée et se traduit par une sputation continuelle; l'urine est également plus abondante que normalement. L'albuminurie est la règle, mais à titre transitoire. On peut, selon les indications de Claude, Tinel et Santenoise, mettre en évidence le déséquilibre neuro-végétatif qui préside à ces troubles par l'exploration des réflexes vaguesympathiques.

Molin de Teyssieu a noté dans les états maniaques des quinquagénaires, une proportion élevée de maladies intercurrentes, le plus souvent infectieuses : cette fréquence serait due, selon lui, à l'involution qui affaiblit la résistance de l'organisme.

J. Falret a noté l'existence de troubles cérébraux congestifs, transitoires et peu intenses : ils consistent en signes extérieurs de congestion céphalique : rougeurs et bouffées de chaleur, vertiges, lipothymies de courte durée, légers mouvements convulsifs, embarras momentané de la parole, hémiplegies et paralysies passagères, etc. Il admet que ces accidents congestifs se produisent surtout dans les dernières périodes, chez les vieillards atteints depuis longtemps, et peuvent être rapportés à l'hypertension. Ils précèdent d'ailleurs de peu, soit l'établissement de la démence, soit la mort.

Phase dépressive.

Souvent brusquement, parfois lentement et après quelques oscillations, dans certains cas après un intervalle relativement lucide, pour une heure ou deux, un jour ou plusieurs mois, tout le tableau change. Au point que les malades ne se reconnaissent même pas eux-mêmes parfois, comme le fameux Nabo de Vanves. Tout est transformé en effet, le tableau mental comme l'aspect physique.

Le malade est triste le plus souvent, plus rarement anxieux. Il tombe dans un pessimisme profond, qu'il explique à sa façon, qui n'explique rien : la cause qu'il en donne est minime, ou bien il déplace la question en se disant triste, parce qu'in-

capable de parler ou de bouger. Il peut s'accuser de ce qu'il a fait durant sa période d'excitation.

Il est muet et immobile, souvent confiné au lit, alors que sa force n'est nullement diminuée (manie lectuaire, *Bettsucht*). Il existe un arrêt ou plutôt un intense ralentissement psychomoteur. La volonté est inhibée.

La tristesse est grognon, irritable, maussade, et c'est un signe que l'on peut rapporter à l'involution psychique.

Le malade tombe dans une indifférence quasi absolue pour tout ce qui l'entoure et perd tout intérêt à sa profession, à sa famille, aux plaisirs qu'il affectionnait; il se néglige, porte du linge sale, ne se lave plus.

Il existe un dégoût de la vie souvent très marqué, plus marqué que dans la mélancolie anxieuse : ce sont ces malades qui se suicident dans un accès de dépression. Le suicide est en effet très fréquent chez le vieillard, si paradoxal que cela puisse paraître.

Les idées délirantes sont également très fréquentes dès que la dépression est tant soit peu accusée.

La plus courante, celle qui apparaît avec le moindre accès de dépression, c'est l'hypocondrie, surtout à cet âge. Presque tous les déprimés quinquagénaires ont des craintes hypocondriaques. C'est encore une affection de la tendance égocentrique. S'il lui répugne de s'occuper des autres, s'il n'est pas capable même de se lever et de faire quelques mouvements pour faire une toilette sommaire, s'il sait se confiner dans un mutisme irréductible lorsqu'on lui parle, le déprimé de la cinquantaine trouve aisément des paroles pour se plaindre, des forces pour exhaler ses plaintes, de l'affectivité pour s'occuper de lui-même. Lui seul compte; comme dans la phase d'excitation, il sait tout rapporter à lui-même. D'où d'interminables jérémiades sur son état de santé, des récriminations sur le manque de soins dont il est victime, des plaintes sur l'indifférence universelle pour sa maladie et son malheur.

Les idées d'auto-accusation et de culpabilité sont d'autant plus marquées que la dépression est plus forte. De même les

idées de ruine, qui se traduisent dans les cas légers par une avarice sordide. Mais à cause de l'involution sénile le malade manque totalement d'imagination pour expliquer ces idées dénuées de fondement. Comme le maniaque, il est d'ailleurs accessible à la suggestion momentanée et on peut lui faire admettre un instant l'inanité de ses propos. Mais il se dépêche de retomber dans son erreur.

La dépression peut s'accompagner d'anxiété plus ou moins marquée. Kahn a prétendu que dans la cyclothymie vraie, l'anxiété faisait défaut et que la dépression dominait. Maurice de Fleury explique la présence non niable de l'anxiété dans les états circulaires dépressifs par l'association de la cyclothymie avec l'anxiété constitutionnelle, exagération d'une constitution hyperémotive. Cette anxiété s'accompagne fréquemment d'agitation, d'instabilité, quelquefois d'excitation sexuelle anxieuse (Ritti).

Le délire des négations est rare, mais peut être rencontré; il relèverait plutôt de troubles cénesthésiques; de même ceux qui découlent du premier, de substitution d'organes, de transformation d'organes. Mais ils sont rares et jamais aussi stupides que ceux de la paralysie générale.

On trouve également des idées de persécution se manifestant surtout par des craintes d'empoisonnement par la nourriture pouvant conduire au refus de manger, qu'on peut attribuer non seulement à ces craintes, mais aussi au manque complet d'appétit fréquent dans cette période de la maladie. Ces idées se font remarquer par leur absence d'organisation et les malades promènent ainsi leurs soupçons successivement sur tout leur entourage, sans parvenir à les fixer.

Les hallucinations de l'ouïe et de la vue sont assez fréquentes, de même que les illusions et les hallucinations du goût et de l'odorat : perception fréquente de mauvaises odeurs; les aliments sont souvent trouvés exécrables (ce qui peut entrer dans la genèse des idées d'empoisonnement).

La mélancolie avec stupeur ne se rencontre guère lorsque la circularité est établie, mais peut, par contre, se voir dans des accès isolés ayant précédé les accès à double forme.

Les symptômes physiques sont en général bien marqués. L'amaigrissement est rapide et considérable. Les digestions sont mauvaises, il existe une constipation opiniâtre. Les sécrétions sont diminuées. La peau est sèche et rugueuse. On observe souvent de l'asphyxie locale des extrémités.

L'appareil cardio-vasculaire est touché : le pouls est ralenti dans la dépression, accéléré dans l'anxiété. Il y a de l'insuffisance ventriculaire gauche. La tension artérielle maxima est diminuée; au contraire, la minima est augmentée. Il existe des altérations humorales liées aux insuffisances viscérales. On trouve de l'anémie avec diminution des hématies et de la fragilité globulaire. On constate également fréquemment de la cholestérinémie. L'hyperglycémie qu'on a signalée est surtout réactionnelle à l'adrénaline. On trouve de l'insuffisance rénale dans quelques cas, mise en évidence par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine. On trouve également des réactions d'acidose urinaire : acétonurie au début et aux paroxysmes.

Il existe un déséquilibre neuro-végétatif certain qu'on peut mettre en évidence par les explorations des réflexes vago-sympathiques : il y a hypervagotonie dans l'anxiété, hypovagotonie relative dans la dépression simple; on voit qu'au point de vue des réactions neuro-végétatives, l'anxiété est comparable à la manie.

Période intercalaire.

La durée, l'existence, la place de cette période intercalaire sont excessivement variables et n'ont rien à voir dans la symptomatologie de l'affection.

On a voulu, au début de l'étude de la psychose circulaire, en faire un élément important pour la classification de l'affection. C'est naturellement une erreur. De même que la durée, la marche et même l'évolution de la phase maniaque et de la phase dépressive varient avec chaque malade, de même la durée, l'existence et la place de la période intercalaire sont spéciales à chaque malade. Toutes les combinaisons sont possibles. Aussi n'en examinerons-nous aucune.

Quant à savoir si, pendant la durée de ces périodes intercalaires, il y a ou non retour à la santé normale, toutes les éventualités sont également possibles, et on peut voir aussi bien une amélioration plus ou moins nette, laissant subsister un fond de tristesse ou d'agitation, qu'une *restitutio ad integrum* paraissant absolue.

Santenoise s'est proposé de sonder systématiquement le système neuro-végétatif durant ces périodes intercalaires. Il s'est aperçu que l'on pouvait, assez longtemps à l'avance (quelques jours parfois), prévoir l'arrivée d'un accès. En effet, les périodes intercalaires se rapprochent, au point de vue des réactions vago-sympathiques, de l'état normal. Quelques jours avant un accès, c'est-à-dire vers la fin d'une période intercalaire, le réflexe oculo-cardiaque augmente d'intensité, le réflexe solaire disparaît, l'organisme réagit vivement à la pilocarpine et à l'ésérine et devient insensible à l'adrénaline et à l'atropine : c'est-à-dire que l'excitabilité du vague augmente; on peut alors, à cette hypervagotonie prévoir la crise sans aucun signe clinique.

Santenoise, Logre et Tinel, Laignel-Lavastine, Mercklen et Minvielle ont, chacun par des moyens différents, mais concourant tous au même but : diminuer cette hypervagotonie, la prévenir même, pu faire ainsi le traitement préventif de la crise, soit par l'action hypovagotonique du gardénal, de l'atropine et de l'adrénaline (Logre et Santenoise), soit par protéinothérapie (Tinel et Santenoise), soit par l'action d'extraits glandulaires modificateurs du tonus vago-sympathique (Laignel-Lavastine, Mecklen et Minvielle).

Leurs résultats ont été intéressants et il pourrait y avoir là toute une source thérapeutique à exploiter.

Etats mixtes.

Pour mémoire, nous parlerons brièvement des états mixtes qui apparaissent aussi à la période d'involution et sembleraient être une manifestation fruste de psychose circulaire. Marcé, le premier, a parlé des états mixtes dans la folie circu-

laire. Kraepelin (1) les a étudiés. Weygandt en a complété l'étude.

Ils ont lieu, le plus souvent, au milieu d'une période intercalaire, mais quelquefois succèdent à un état bien caractérisé de manie ou de mélancolie. On a alors affaire à de singuliers syndromes où les trois symptômes primitifs : l'agitation, la dépression et l'arrêt psychomoteur se substituent l'un à l'autre.

C'est ainsi que l'on peut avoir de la « stupeur maniaque ». « A l'entrave de la pensée s'associe de la gaieté et quelquefois de l'irritabilité de caractère; à l'aboulie s'associent souvent des impulsions pour des actes ordinairement caractéristiques de la manie. Les malades sont lourds, incapables de réflexion et d'idées : ils parlent peu et sont même parfois absolument muets. Leur caractère insolent ne s'en manifeste pas moins par toutes sortes de facéties, par un besoin de se parer, peut-être aussi par des querelles, des observations taquines et des jeux de mots. » (Kraepelin, *Introduction à la psychiatrie clinique*).

On rencontre aussi de l'« agitation mélancolique », avec inhibition de la volonté et de la pensée, anxiété parfois, et phénomènes d'excitation motrice, dont la logorrhée, l'instabilité, l'agitation.

On trouve également la « manie improductive », avec impulsions motrices et ralentissement de pensée.

Ces combinaisons de symptômes peuvent se faire de toutes les manières possibles. Elles ne sont souvent décelables que par la notion d'accès antérieurs ou par la marche de l'affection.

(1) Kraepelin, *Introduction à la psychiatrie clinique*.

EVOLUTION DE LA PSYCHOSE CIRCULAIRE TARDIVE

Que devient un circulaire tardif?

Il se présente deux éventualités:

1° La maladie ne dure pas; cela peut arriver, mais c'est relativement rare et se rencontre surtout dans les formes atténuées dont nous parlerons plus loin. La maladie s'est alors manifestée sous la forme d'un accès dépressif suivi d'un accès maniaque. L'alternance s'est reproduite une ou deux fois et le malade a guéri. Ou bien elle s'est présentée sous la forme d'un accès mélancolique coupé de quelques velléités d'excitation ou, réciproquement, d'un accès maniaque semé de petites périodes de dépression; puis l'accès a guéri et tout est dit. Ou encore il a pu exister un état mixte, comme ceux dont nous avons parlé plus haut, excitation mélancolique ou stupeur maniaque.

2° La maladie dure et passe à la chronicité. Elle débute franchement à la ménopause sous la forme circulaire : elle est alors faite d'hypomanie avec idées délirantes plus ou moins systématisées et d'hypomélancolie. Elle peut durer éternellement ainsi; jusqu'à la mort ou jusqu'à la démence. Ou bien elle s'est manifestée sous la forme d'un accès de manie franche ou d'accès de mélancolie caractérisée qui a guéri, puis s'est renouvelé et répété. Après quelques répétitions, est apparu un accès opposé, dépressif s'il s'agissait de manie, maniaque si l'on avait affaire à un mélancolique. Puis, petit à petit, la forme circulaire s'est installée d'une façon définitive. Ou bien il peut se créer un état d'hypomanie ou d'hypomélancolie permanent, accompagné d'idées délirantes plus ou moins systématisées.

Quelle est la terminaison de l'affection ainsi constituée ?

1° Le malade ne meurt pas de sa folie circulaire ;

2° Il est, par contre, plus sensible que d'autres aux affections intercurrentes, dont il meurt.

3° Mais il se maintient fréquemment dans une remarquable intégrité intellectuelle, conservant toute sa mémoire et raisonnant encore fort bien, et cela à un âge très avancé ;

4° Il peut malgré cela tomber plus ou moins tardivement dans la démence, qui est une terminaison assez fréquente de ces états circulaires, quoi qu'en dise J. Falret. « Plus tard », dit Magnan, il survient une tendance à la démence, un peu d'affaiblissement de la mémoire, de la lenteur dans les conceptions, moins de rectitude dans le jugement, moins de netteté et de précision dans les idées, mais on ne doit pas perdre de vue à ce moment qu'en dehors de l'accumulation des accès on doit tenir compte des progrès de l'âge, car ce n'est qu'après un grand nombre d'années et conséquemment sur des sujets déjà âgés, que l'on commence à remarquer la déchéance intellectuelle. »

LES ETATS CIRCULAIRES ATTENUES DE L'AGE CRITIQUE

Il s'agit d'individus ayant quelquefois présenté des signes de cyclothymie constitutionnelle. Mais très souvent aucun signe de circularisme n'a pu être relevé chez eux. Dans ce cas l'hérédité mentale, fréquente dans les formes marquées, manque souvent aussi.

Comme dans les états circulaires atténués que l'on constate chez les cyclothymiques, ces malades ne se rencontrent pas dans les asiles et peu, également, dans la clientèle; s'ils vont voir le médecin, c'est pour tout autre chose. Ces états circulaires se manifestent surtout chez la femme, mais on les rencontre aussi chez l'homme.

Ils débutent souvent par une crise d'hypocondrie : se sentant vieillir, l'individu prend souvent peur, il craint de tomber malade, d'avoir une maladie incurable comme celles qui frappent les personnes de cet âge. Tout lui devient sujet de frayeur : s'approche-t-il d'un malade, il craint la contagion. Il ne veut pas sortir de peur d'attraper du mal, en se mêlant aux gens, qui pourraient lui transmettre une maladie. Il s'analyse, étudie ses sensations, les moindres troubles s'accusent à ses yeux; il se précipite sur un dictionnaire médical pour les vérifier, se découvre une foule de symptômes et court chez le médecin : là il décrit « sa maladie » avec prolixité et complaisance, s'étend sur les détails les plus crus et trompe fréquemment le praticien. Il absorbe drogue sur drogue et, comme elles sont inactives, change de médecin.

Ce tableau est celui du délire hypocondriaque banal, mais ce qui est remarquable, c'est que, le plus souvent, rien de pareil n'existait auparavant. A l'hypocondrie s'ajoute l'indifférence affective pour tout ce qui ne touche pas le malade; il évolue chez lui sans s'inquiéter des siens, de leur état de santé. Il manifeste une réelle mauvaise humeur quand on l'entretient de souffrances et de peines qui ne sont pas les siennes.

Lui seul a le droit d'être malade, de se plaindre, mais les plaintes des autres l'importunent, loin de le toucher. A cela s'ajoute une inhibition de la volonté se traduisant par de l'indécision, de l'apathie, de la paresse.

Puis le tableau change subitement; d'un jour à l'autre, l'individu retrouve son entrain, sa gaieté, devient spirituel, causeur agréable, ironique et caustique. Il se croit guéri ou dans un mieux sensible, bénit et proclame les mérites du médecin qui l'a sauvé.

Il sort, aime la société, reçoit ses amis, les accable de visites, ce qui ne manque pas d'étonner. Il est d'ailleurs aisément irritable et toujours malveillant. Malgré tout, ces manifestations d'une cyclothymie lardive ne sont jamais bien accusées et ne se remarquent pas en dehors de l'intimité.

Les choses peuvent durer ainsi deux ou trois ans, puis tout rentre dans la normale. La vieillesse est en train de s'installer avec tous ses bagages et la constitution cyclothymique ne donne plus signe de vie. Ces manifestations peuvent aussi s'accuser et se transformer en atteinte sérieuse de folie circulaire. Celle-ci a alors les plus grandes chances de durer indéfiniment, le pronostic de cette affection étant des plus mauvais.

Il y a lieu de citer brièvement l'observation de « monomanie » d'Esquirol, qui est un exemple très caractéristique de forme circulaire atténuée survenant chez une ménopausée.

M^{me} de R... reste veuve après une série de revers. Elle se retire à la campagne. Vers l'âge de 30 ans, après la cessation de la menstruation, elle passe l'hiver très active, occupée de ses intérêts, aimant la société, recherchant le monde et faisant beaucoup d'exercice. Au printemps et pendant l'été, Mme de R... est calme, plus sédentaire, paresseuse, vivant seule, négligeant les soins de sa fortune et ne se décidant à rien. Dans ces deux états, qui se sont renouvelés alternativement pendant plusieurs années, Mme de R... remplissait ses devoirs d'excellente mère, ne manquait à aucune des conventions sociales; il fallait vivre dans son intimité pour s'apercevoir de la différence de sa manière d'être pendant l'hiver et pendant l'été.

OBSERVATIONS

Les sept premières observations sont empruntées à la thèse de M. Molin de Teyssieu, sur La manie présénile, et résumées.

OBSERVATION I.

R..., (Amélie), 57 ans.

Manie avec idées de persécution et quelques hallucinations précédées de dépression avec idées de persécution. Hérité paternelle et maternelle, similaire,

Antécédents familiaux. — Père mort à 75 ans ayant présenté peu avant sa mort un peu de dépression méancolique et quelques idées de persécution. Mère morte à 84 ans; d'un caractère acariâtre; est morte très affaiblie intellectuellement.

Antécédents personnels. — Une scarlatine à 40 ans. Réglée irrégulièrement, a cessé de l'être à 50 ans. Pas de grossesse. Son caractère est doux, son intelligence moyenne. Elle a eu à 56 ans une légère crise de dépression avec des idées de persécution ayant duré un mois sans nécessiter d'internement. A 57 ans s'agite progressivement et a quelques hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution. A son entrée à l'asile, elle présente une agitation maniaque intense avec exubérance, désordre des actes, idées de persécution, loquacité perpétuelle. Cet état dure plus de dix mois sans changement et elle sort paraissant guérie.

OBSERVATION II.

L..., (Berthe), 57 ans.

Antécédents familiaux. — Père et mère morts âgés. Deux cousins atteints d'aliénation mentale. Sa nièce est internée. Son frère s'est suicidé. Cinq enfants, dont deux morts de méningite et trois bien portants.

Antécédents personnels. — Robuste, n'a jamais été malade. Il y a vingt ans, à la suite de la mort de sa fille, a fait une petite crise de dépression. Elle n'est plus réglée. La malade, très peinée de la mort de son mari, s'est agitée progressivement et devient incohérente. Envoyée à l'Asile de Château-Picon elle y paraît atteinte de manie avec idées de persécution. Mais elle présente également des idées hypocondriaques : « Je n'ai plus la force; j'ai le ver solitaire, il m'a tout mangé ». On doit l'alimenter à la sonde. « On m'a tiré les yeux, on m'a mis une musique dans le ventre. » Ses réponses sont lentes. « Ne me faites pas de mal, je voudrais guérir mais je ne sais pas ce qui m'attend. » Sort guérie un mois après.

Il semble ici qu'on ait affaire à une forme mixte qu'on pourrait dénommer agitation hypocondriaque. Noter les réponses lentes. Héredité collatérale similaire.

OBSERVATION III.

B..., (Henriette), 45 ans.

Stupeur suivie de manie avec hallucination, puis quelques dépressions. Psychose circulaire.

Antécédents familiaux. — Père mort d'une maladie de vessie. Mère âgée de 75 ans ayant présenté, des troubles cérébraux, amenés depuis à la suite d'une hémiplégie.

Antécédents personnels. — Variole dans son enfance, a été soignée dans un sanatorium il y a huit ans. Très nerveuse, mais sans crise de nerfs.

A la suite de discussions de famille, tombe dans un état de stupeur profonde qui fait place le jour même à une vive excitation, avec hallucinations, insomnie et refus des aliments. Est conduite à l'Asile de Château-Picon. Est agitée, assez bavarde, incohérente et est alimentée à la sonde. Puis, deux mois après, présente pendant un jour des alternatives d'excitation et de dépression, puis elle redevient incohérente. Deux mois après, pendant un jour, devient indifférente et triste, puis elle redevient gaie, excitée. Enfin se calme et sort guérie.

OBSERVATION IV.

R... (Marie), 58 ans.

Dipsomanie, fonds mental lypémanique.

D'un caractère habituellement triste, elle boit depuis sa ménopause. Petit à petit présente des idées de persécution, des propos, et des actes érotiques, de l'agitation et de l'incohérence marquées. Présente une courte période de calme au milieu de l'accès maniaque, calme qui est même de la dépression et l'empêche de travailler. Elle guérit et sort, mais pour rentrer un mois après très agitée. Elle se calme également cinq mois après et devient triste l'année suivante, mais parvient néanmoins à s'occuper.

OBSERVATION V.

G... (Louise), 49 ans.

Folie circulaire après ménopause avec délire mystique. Fièvre typhoïde à 12 ans. Ménopause à 40 ans. Brusquement, présente de l'agitation maniaque avec incohérence, fuite des idées et même un peu de confusion. Se calme quinze jours après et tombe peu à peu dans une période de dépression très caractérisée, avec stupeur, mutisme, immobilité, résistance passive. Quelques jours après, présente un délire mystique qui dure un mois et redevient agitée et incohérente; puis elle se calme, mais, quelque temps après, retombe dans un état maniaque, mais peu accusé.

OBSERVATION VI.

R... (Anne), 47 ans.

Dipsomanie avec folie circulaire.

Depuis sa ménopause, boit beaucoup et présente des accès maniaques tous les ans pendant un mois. Le dernier a débuté par une période de dépression qui a duré trois jours, puis elle s'est agitée et est devenue très incohérente. Meurt d'un érysipèle.

OBSERVATION VII.

P... (Catherine), 53 ans.

Psychose circulaire avec hallucinations dans la manie et la dépression. Hypomanie chronique.

Ménopause à 43 ans. A cet âge, un accès de manie ayant duré dix mois, avec incohérence, agitation violente, quelques hallucinations; puis, un mois après, se calme et tombe dans la dépression, voit des morts sous ses draps, voudrait pleurer.

Deux mois après, s'agite et doit être mise en cellule. Sort guérie. Deux ans après, est réintégrée et ne sort plus. Manie chronique, avec demi-agitation, coupée de moment de calme relatif.

OBSERVATION VIII.

(Asile de Château-Picon, service de M. le Professeur agrégé PERRENS).

F... (Marie), veuve D..., 57 ans.

Depuis quelques temps, elle insulte tout le monde, profère des menaces de mort contre son entourage; elle a essayé de précipiter dans un puits une de ses sœurs, a donné des coups de pieds à une pensionnaire et l'a renversée; elle brise tout autour d'elle.

31 juillet 1917 :

Q. — Depuis quand ici ?

R. — Il n'y a pas longtemps. (Elle vient d'arriver.)

Q. — Combien de temps ?

R. — Je n'en sais rien.

Q. — Pourquoi ici ?

R. — Je n'en sais rien.

Q. — Misère ?

R. — Oh! non. (Elle regarde de tous côtés.)

Q. — Où habitiez-vous avant de venir ici ?

R. — Chez nous.

Q. — Quelle ville ?

R. — Je n'en sais rien.

Q. — Vous n'étiez pas dans un hôpital avant de venir ici ?

Q. — Où êtes-vous vous ici ?

R. — Je n'en sais rien.

Q. — Jour ?

R. — Le 12, 15, 18 août-juin, plutôt année 1917.

Q. — On ne fait pas des réflexions sur ce que vous faites ?

R. — Si on en fait, je laisse dire.

Signes somatiques. Langue, tremblements fibrillaires, un peu saburrale.

Pouls, 110 égal, régulier.

1^{er} août 1917 : A bien dormi une grande partie de la nuit.

« — C'est moi qui leur ai dit de balayer (une malade est en train de nettoyer). Il y a des sœurs dans ce dortoir (une sœur est dans la salle). Madame la Supérieure est par là, elle aime le citron, oh! si vous en prenez un, vous êtes foutue.

« — L'orange au nom du Père (signe de la croix), l'orange c'est bon pour faire une orangeade. Les abrutots, les abrutis.

» Pain et dort. Painsdort était un gendarme. »

La malade est désordonnée, parle avec incohérence.

Physionomie éveillée, gesticule, grimace.

Le soir, l'état de la malade est tout à fait changé; elle est triste, répond à peine aux questions par oui ou non, ses actes, ses idées sont très lents et l'humeur plutôt triste.

Etat mental caractérisé par une grande fuite d'idées et l'impossibilité d'obtenir une réponse exacte aux questions les plus simples. Mais la désorientation n'est qu'apparente et résulte de la suractivité idéative. L'humeur est alternativement gaie et surtout triste; le pronostic est celui d'un état maniaque dépressif survenu tardivement, c'est-à-dire favorable (1).

L'urine est d'aspect clair, la réaction est acide, on trouve une légère albumine, mais pas de sucre.

6 août 1917 : Se lève très souvent le jour et la nuit, parle seule d'une voix basse. « Je suis très intelligente, je n'ai tué, je n'ai fait du mal à personne. »

29 août 1917 : Torpeur cérébrale.

Q. — Depuis quand ici ?

(1) Ce pronostic est loin de s'être réalisé, puisqu'il y a plus de douze ans que le malade est à l'Asile.

R. — Vingt-cinq jours à peu près.

Nous sommes le 26 août... 1927.

Q. — Pourquoi venue ici ?

R. — Je ne sais pas vous expliquer tout à la fois.

8. Septembre 1917 : Gaie, parle beaucoup.

10 septembre 1917 : Déprimée, répond à peine aux questions.

16 septembre 1917 : « Moi, je me sens très bien, je voudrais me lever, la purgation m'a fait beaucoup de bien. Quand je suis arrivée j'étais bien malade. J'ai un fils brun comme vous. »

Parle beaucoup. Humeur gaie, gesticule.

23 octobre 1917 : Crise d'agitation maniaque. Très surexitée, parle à tort et à travers et sans discontinuer.

30 novembre 1917 : Malade beaucoup mieux, remise de sa crise d'excitation, a écrit de bonnes lettres à son fils, à sa famille, mais garde toujours un peu de bavardage.

15 mai 1918 : La malade passe des périodes de calme très courtes durant au plus une semaine et des périodes d'agitation plus longues. beaucoup plus longues.

10 août 1918 : A des périodes de calme et d'agitation, celles-ci sont les plus longues, et même dans les périodes de calme, elle reste très bavarde.

11 septembre 1918 : Est calme, raisonnable, aimable avec tout le monde, s'occupe, rend service et ne parle pas trop quoiqu'elle garde une tendance à parler plus qu'il ne serait utile.

21 septembre 1918 : La malade est de nouveau agitée depuis cinq ou six jours, crie, chante, parle, etc.

12 décembre 1918 : Plus calme depuis quelques jours, mais parle quand même beaucoup.

4 février 1919 : Plus excitée, parle tout le temps, incohérente même, quelquefois.

9 septembre 1919 : Assez calme, s'occupe et est très abordable avec tout le monde, parle beaucoup.

19 septembre 1919 : Mutisme complet, ne répond pas aux questions, refus des aliments, est alimentée à la sonde.

23 septembre 1919 : De nouveau agitée, paroles incohérentes, s'alimente bien.

24 septembre 1919 : Nuit calme, au réveil ne parle pas, mutisme complet, refuse de manger.

25 septembre 1919 : Accepte de déjeuner, refuse encore la conversation en se cachant sous la couverture.

16 novembre 1919 : La malade est très calme et raisonnable... Comme il faut souffrir tout de même... l'autre jour, je vous ai demandé des prêtres, j'étais bien malade... maintenant ça va.

Depuis, la malade est à peu près tombée dans un affaiblissement intellectuel très marquée. On peut porter le diagnostic de démence.

OBSERVATION IX.

(Hôpital Saint-André, salle 24, service de M. le Professeur ABADIE.)

M... (Léontine), veuve A..., 65 ans.

Entrée le 7 novembre 1928, à l'Hôpital Saint-André.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 80 ans, d'une congestion pulmonaire; mère morte, à 77 ans, d'une tumeur du foie.

Antécédents collatéraux. — Ni frère ni sœur. Mari en bonne santé. Un de ses fils est mort alcoolique à l'âge de 42 ans.

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes en hiver, congestion pulmonaire à 40 ans. Réglée à 12 ans 1/2. Ménopause normale à 55 ans. Mariée à 20 ans. Deux grossesses normales.

La malade raconte qu'elle est très impressionnable, la moindre impression lui donnerait de violentes palpitations de cœur, elle prétend « souffrir de partout » depuis sa jeunesse, les contrariétés les plus légères la troublent énormément.

Puis elle se met à narrer l'histoire de « sa maladie » avec force détails et beaucoup de complaisance : à 24 ans, se croyant malade, elle alla consulter un médecin à Blaye. Celui-ci lui aurait dit qu'elle avait une maladie nerveuse, et n'aurait ordonné aucun traitement. Quelque temps après, un médecin étant venu s'installer dans une maison voisine de la sienne, elle prit l'habitude d'aller le consulter pour les moindres incidents.

Elle se souvient ainsi avoir reçu plusieurs fois le conseil de prendre des potions à base de bromure et de valériane. Mais comme elle

estimait ces remèdes inefficaces, elle se mit à aller consulter une foule de médecins à Bordeaux et aux environs. « Tous, dit-elle, m'ont dit que j'étais une nerveuse. »

Elle a suivi aussi un traitement opothérapique à base de tyroïdine. Il y a trente ans, le professeur Pitres aurait porté le diagnostic de neurasthénie et d'arthritisme; comme les autres, son traitement resta inefficace. La malade a donc continué à aller de médecin en médecin.

En décembre 1927, elle s' imagine que son état empirait. En 1928, elle dit avoir été beaucoup plus malade encore qu'avant. Elle a peur alors d'être malade et de n'avoir personne pour la soigner, de n'avoir plus de ressource pour vivre. Elle craint de ne pouvoir se suffire à elle-même de ne pouvoir préparer ses aliments et de ne se procurer ce qu'il lui faut.

Elle va trouver au début de novembre le docteur Personnier, de Lanssac, qui lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Elle vit seule chez elle, ayant toujours été très autoritaire et vivant en mauvaise intelligence avec sa famille. Comme la veuve d'un de ses fils ne paie pas régulièrement sa pension, elle procède. L'autre fils s'acquitte régulièrement, mais refuse de vivre avec elle. Ses ressources seraient d'ailleurs suffisantes pour qu'elle subvienne seule à ses besoins.

Dans le service, elle se montre autoritaire, d'humeur instable, se fâchant à la moindre contrariété et quand on refuse d'exécuter ses volontés. Elle se montre malveillante, hargneuse et est difficile à aborder. Puis, brusquement, son humeur change, elle devient alors joyeuse, gaie, bavarde et malicieuse : elle taquine ses voisines. Quand on l'interroge, elle abonde en réparties amusantes. Cet état dure de vingt-quatre à quarantê-huit heures, puis, à la suite d'une contrariété, elle tombe dans une grande tristesse, se met à manifester des craintes hypocondriaques, des idées de ruine. Elle est déprimée alors, avec tendance à l'immobilité, mais non au mutisme, car elle répand ses plaintes avec prolixité. Pendant ces périodes, il lui arrive de grogner et se mettre en colère, mais ces accès ne durent pas, et elle retombe rapidement dans la dépression.

Urines: Légère albuminose; assez nombreux leucocytes; assez nombreuses cellules.

L'état général est satisfaisant.

La malade a quitté le service deux mois après son entrée, le 14 janvier 1929, et a été placée volontairement dans une maison de retraite privée, où elle se montre toujours instable, peu abordable, et alternativement gaie et triste.

OBSERVATION X.

(Asile de Château-Picon,
service de M. le Professeur agrégé PERRENS.)

D... (Veuve M.), 52 ans.

Antécédents familiaux et personnels. — Rien à signaler.

Entre, le 28 décembre 1927, à l'Asile de Château-Picon.

Présente alors un accès dépressif.

« J'étais bien autrefois, on me met ici, je ne vous en veux pas, vous n'êtes pas la cause... Quand le destin est comme ça, il vaudrait mieux ne jamais naître... tenez, hier on m'a enlevé mon nom... Je suis née rue Fondaudège, je suis une femme D..., chez moi, toutes les choses se transformaient : un jour, mon vin était bon, l'autre jour mauvais, de même pour le pain. »

Le lendemain à notre arrivée, la malade pleure et se lamente.

Q. — « Pourquoi pleurez-vous ?

R. — Comment pourrais-je vous le dire, quand tout vole autour de moi, tout le monde écrit à mon sujet... sera-ce votre main qui sera la meilleure ?

Q. — D'où veniez-vous en arrivant ici ?

R. — Je n'en sais rien, je ne connais pas les noms.

Q. — Quel âge avez-vous ?

R. — Je suis née en 1875.

Q. — Etes-vous mariée ?

R. — Oui, je suis veuve; d'ailleurs, vous le saviez.

» Ne me regardez pas avec des yeux comme ça, je ne fais que le dire depuis longtemps... et puis n'écrivez plus comme ça... je ne fais que le dire... c'est pour rire toutes ces phrases que vous écrivez... vous m'en mettez trop. Si vous ne le faites pas bien, tant pis

pour vous... je n'ai jamais rien fait de mal, pourquoi me fait-on tout ça ? »

A ce moment, la malade veut m'empêcher d'écrire et me tire le bras : « Sortez votre main, vous allez porter malheur à ma famille. »

La malade a passé insensiblement à une excitation euphorique avec hypermimie, gesticule sans arrêt, ne peut tenir en place. Elle présente de la logorrhée et de la fuite des idées : elle passe d'un sujet à l'autre avec une extrême rapidité. Elle fait volontiers quelques calembours, elle déambule sans arrêt dans la salle. L'attention spontanée est très active : la malade remarque tout autour d'elle ; l'attention volontaire est, au contraire, difficile à fixer.

Durant tout l'interrogatoire, la malade est tracassière au possible, parle sans arrêt, pose des questions sur tous les sujets, me tire le bras, veut me prendre mon stylo.

Elle présente quelques vagues idées de persécution mal systématisées.

Le fonds mental est intact.

Puis, tout à coup, passe de l'excitation maniaque à une tristesse qui se manifeste par des larmes et des lamentations : « Il m'a coulé de ces yeux des larmes qui donnent la rosée. »

La malade paraît présenter un accès mixte, au cours duquel l'excitation et la dépression se succèdent avec rapidité, accompagnés de puérilisme, d'incohérence et de tendance à l'agitation inutile.

Actuellement, la malade est en état d'hypomanie presque sans interruption. Le fonds mental est conservé.

OBSERVATION XI.

(Asile de Château-Picon,
service de M. le Professeur agrégé PERRENS.)

Folie circulaire avec délire de persécution.

F..., (Thérèse), 51 ans.

A déjà fait un accès mélancolique suivi d'un délire consécutif d'interprétation.

Est de nouveau atteinte d'excitation maniaque et a dû être réin-

tégré par suite du redoublement d'activité de son délire de persécution. Cette fois, la mélancolie anxieuse du premier accès a fait place à de l'excitation. En la questionnant, on se rend compte de la systématisation de son délire, qui est surtout dirigé contre son père.

Huit mois après, tombe dans un léger accès de dépression avec quelques hallucinations.

Quatre mois après, est de nouveau excentrique et excitée, elle mélange dans une même conversation sa vie passée, présente, celle des malades et des personnes de sa famille, le tout agrémenté de gestes ridicules et d'éclats de rire déplacés. Ces scènes se renouvellent souvent. Elle écrit aussi des lettres, parfois très spirituelles. Elle est facilement méchante, torture par exemple le petit chat de la salle, quand on le lui arrache, entre dans une violente colère, devient injurieuse et grossière et même en vient aux voies de fait.

Deux ans après, tombe dans une longue période de dépression, paraît abattue, fatiguée, se plaint de malaises indéfinis, dépérit et maigrit considérablement.

Cette malade est actuellement atteinte de troubles démentiels après quinze ans de maladie.

DIAGNOSTIC DE LA PSYCHOSE CIRCULAIRE TARDIVE

Nous passerons en revue les diagnostics différents que l'on doit examiner lorsqu'on a affaire à une combinaison des deux syndromes, maniaque et mélancolique.

Nous le ferons rapidement, bien que ce diagnostic différentiel soit d'une importance exceptionnelle, vu les différences de pronostic que l'on peut porter, parce que tous les manuels insistent avec juste raison sur la nécessité d'être précis en cette occasion.

L'affection la plus fréquente de cet âge de la vie, et avec laquelle la maniaque dépressive est susceptible d'être confondue, c'est la *paralysie générale*.

Mais :

1° Celle-ci est une maladie somatique qui a des symptômes psychiques dont les uns sont très importants, les *symptômes d'ordre démentiel* consistant en un affaiblissement psychique généralisé et progressif, et dont les autres, tout en étant fort intéressants, sont accessoires, épisodiques : les *symptômes d'ordre délirant*.

Donc, à côté des idées délirantes qui pourraient en imposer pour telle ou telle affection délirante et en particulier pour une maniaque dépressive, dans les cas d'hypocondrie, de dépression ou d'excitation, existent des troubles beaucoup plus importants qui, au moindre interrogatoire, sauteront aux yeux du moins prévenu. Pour prendre un exemple entre tous les cas où la confusion paraît possible, nous citerons le *délire hypocondriaque* étudié par Baillarger (1) :

« Les malades croient que leurs organes sont changés, dé-

(1) Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, t. I.

truits, ou complètement obstrués. Ils prétendent par exemple qu'ils n'ont plus de bouche, plus de ventre, plus de sang; ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, que leur ventre est barré... Quatre prétendaient que leur corps tombait en putréfaction... Il en est qui vont jusqu'à se croire morts. »

Plus accusé, cela devient du *délire de négation*; le malade n'a plus d'organes, il est mort, n'a jamais existé : « Les malades ont aussi des idées de transformation corporelle, d'origine cénesthésique; ils sont en gélatine, en verre... On peut observer également une autre forme du délire hypocondriaque, c'est le délire micromaniaque ou délire des petitesesses. » (Dupré.) (1).

On peut voir aussi les exagérations hypocondriaques; les malades se plaignent d'avoir l'estomac bouché par 300.000 vers, etc.

L'absurdité de ces conceptions saute aux yeux et jamais un mélancolique, même le plus débile, le plus imbécile, n'aurait de concepts aussi niais. Autre symptôme également important à connaître : c'est la contradiction que, d'une minute à l'autre, ces malades apportent à leurs propos; un maniaque, même le plus incohérent, ne se contredira pas avec cette inconscience;

2° Comme toute maladie à prédominance physique, elle est décelable par des *symptômes somatiques* et c'est heureux, car il peut arriver que le diagnostic sur les éléments psychiques ne puisse être fait; mais il y a les *signes de parasymphilis* (signe d'Argyll-Robertson, ptosis, inégalité pupillaire, exagération des réflexes) et les signes particuliers à la P. G. (dysarthrie, tremblement de la langue, troubles de l'écriture, ophtalmoplégie interne, etc.). De plus, la ponction lombaire faite systématiquement permet de lever les derniers doutes.

Les autres psychopathies organiques soit à lésion circonscrites, comme l'hémorragie et le ramollissement circonscrits, soit à lésion circonscrites multiples, comme l'hémorragie, le

(1) Dupré, article « Paralyse générale » in *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet.

ramollissement, les déterminations cérébrales locales de la syphilis et de la tuberculose, soit à lésions diffuses aiguës ou chroniques, les méningites, les abcès du cerveau, les psychopolynévrites, les méningites chroniques, les tumeurs cérébrales, l'encéphalite épidémique, les encéphalomyélopathies scléreuses, telles que le tabès, la sclérose en plaques, la sclérose bulbaire, la syringomyélie, etc., présentent également, parfois, des ensembles de symptômes pouvant faire penser à la maniaque dépressive, la manie et la mélancolie n'étant que des syndromes susceptibles d'être rencontrés partout. Mais toutes ces affections ont leur symptomatologie propre et si un instant on s'était abusé, on est rapidement fixé par l'évolution ultérieure de la maladie.

Pour les mêmes raisons, qui ont été invoquées plus haut à propos de la paralysie générale, le diagnostic avec la *démence sénile* repose principalement sur les symptômes qui caractérisent cette affection, les symptômes démentiels. Mais on voit fréquemment des accès d'aspect circulaire qui ne sont en réalité que des signes avant-coureurs de l'encéphalopathie. Rien ne permet de les distinguer des autres, que l'apparition précoce de troubles démentiels bien caractérisés.

La psychose si particulière qu'est la *démence précoce*, offre souvent des tableaux cliniques analogues à ceux de la maniaque dépressive. Mais outre qu'en général elle se manifeste beaucoup plus tôt qu'à la ménopause, dans l'adolescence ou le début de l'âge adulte, elle est reconnaissable à ses signes tout à fait particuliers : la disparition de l'affectivité qui se manifeste par cette indifférence si caractéristique et coïncidant avec une perte de jugement très spéciale, qui contraste avec la persistance presque complète des connaissances antérieurement acquises; puis les phénomènes de catalepsie, de catatonie, les stéréotypies que Krapelein groupe sous le nom de *befehlsautomatie*.

Tels sont les éléments qui serviront à déceler l'autonomie, au moins apparente jusqu'à nouvel ordre, de la psychose circulaire tardive.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous pouvons tirer de ce travail sont les suivantes :

I — Il existe un syndrome maniaque et un syndrome mélancolique qui se rencontrent dans beaucoup de maladies mentales, mais qui se montrent aussi à l'état pur, en particulier dans la psychose périodique circulaire.

II. — Cette psychose circulaire ne se rencontre pas que chez l'adulte : elle peut, en effet, apparaître sous sa forme caractérisée, pour la première fois, autour de la cinquantaine et poursuivre son évolution régulière psychique jusqu'à un âge plus ou moins avancé.

III. — Les formes atténuées de la psychose circulaire tardive sont les plus courantes, et l'on peut en observer des exemples autour de soi.

IV. — L'étiologie de la psychose circulaire, si elle n'est pas encore complètement élucidée, est en bonne voie, ce qui mènera peut-être à un traitement logique et enfin actif de cette affection, but que l'on ne doit naturellement pas perdre de vue.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 décembre 1929

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLY et BAÜER. — Délires systématisés maniaques. *Arch. de neurol.*, déc. 1926.
- ANGLADE et JACQUIN. — Psychoses périodiques. Congrès des aliénistes de Genève, Lausanne, 1907.
- ARNAUD. — Art. Psychoses périodiques. In Tr. de path. ment. de Ballet, 1904.
- BAILLARGER. — La folie à double forme. Académie de médecine, 1854.
- BALLET. — Folies intermittentes. Traité de médecine de Charcot et Bouchard, 1894.
- BENON. — Dysthénies périodiques. *Revue neurologique*, 1911, t. I.
- BLEULER. — Communication au Congrès de Genève, Lausanne, 1926 (*Arch. de Neur.* 1926).
- BRUANT. — De la mélancolie survenant à la ménopause. Thèse Paris, 1888.
- CAPGRAS. — La psychose maniaque dépressive. Thèse de Paris, 1900.
- CLAUDE. — Psychoses mixtes ou associées. Concours médical, décembre 1926.
- CLAUDE, TINEL et SANTENOISE. — Traitement biologique de la psychose périodique. *Presse médicale*, 30 mai 1925.
- COMBEMALE et DEMACON. — Psychoses des ovariectomisées. *Bruxelles médical*, 1927.
- DE FLEURY. — Psychoses constitutionnelles. *Vie médicale*, nos 20 et 21, 1928.
- DENY. — La cyclothymie. *Presse médicale*, 1906.
- DENY et CAMUS. — Les folies intermittentes. Actualités médicales, Baillière, 1907.
- DREYFUS. — La mélancolie, manifestation de la psychose maniaque dépressive. Cité par Gaussen, thèse Bordeaux, 1910-1911.

- DUPONT. — Involution sénile anormale avec troubles psychiques. Thèse Nancy, 1926-1927.
- DUPRÉ. — Art. : Paralyse générale. In Tr. de path. ment. Ballet, 1904.
- ESQUIROL. — Maladies mentales, t. II.
- FALRET (J.-P.). — Marche de la folie. *Gaz. des hôp.* 1851; *Bull. Acad. méd.*, 1854.
- FALRET (J.). Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris, 1890.
- FOVILLE et RITTI. — Folie à double forme. Dictionnaires médicaux.
- FRANCHI. — Psychose menstruelle avec utérus fibromateux. Thèse Montpellier, 1926.
- GARAT. — Influence de la ménopause sur le développement de la folie. Thèse Paris, 1892.
- GAUSSEN. — La mélancolie présénile. Thèse Bordeaux, 1910-1911.
- GEOFFROY. — De la folie à double forme. Thèse Paris, 1861.
- KAHN. — La cyclothymie. Thèse Paris, 1908.
- KIRN. — Die periodischen Psychosen, Stuttgart, 1876.
- KRAEPELIN. — Traité de psychiatrie, Leipzig, 1922.
- Introduction à la psychiatrie clinique. (Tr. de la 2^e éd.), Paris, Vigot, 1907.
- KRAFFT-EBING. — Traité de Psychiatrie, 1897.
- KRETSCHMER. — Manuel de psychologie médicale, Payot, 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Sécrétions internes et psychoses. *Presse médicale*, août 1918.
- Réactions sympathiques et endocriniennes des psychonévroses. *Presse médicale*, n° 34, août 1927.
- LOGRE et SANTENOISE. — Action du gardénal, atropine, etc... dans la psychose intermittente. Congrès des aliénistes et neurologistes, Quimper, 1922.
- MAC AULIFFE. — Les tempéraments endocriniens. *Arch. de neurol.*, 1926.
- MAGNAN. — Folies intermittentes. Recherches sur les centres nerveux, 1893.
- MAIGNOL. — Psychoses observées à la suite d'ablation des ovaires. Thèse Paris, 1924.

- MARCÉ. — Traité pratique des maladies mentales. Paris, 1862.
- MARIE et PARHON. — Note sur l'état des glandes endocriniennes dans quelques cas d'aliénation mentale. *Arch. de neurol.*, juin 1912.
- MOLIN DE TEYSSIEU. — La manie présénile. Thèse Bordeaux, 1910-1911.
- MOREL. — Traité des maladies mentales, Paris, 1860.
- PILCZ. — Art. « Psychoses périodiques ». In Tr. int. de psychol. path. d'A. Marie, Alcan, 1911.
- PINEL. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, Paris.
- RÉGIS. — Sur un cas de psychose observé après ablation des ovaires, 1895.
- Précis de psychiatrie, Doin, Paris.
- RÉMOND et VOIVENEL. — Ménopause et pathologie mentale. *Encéphale*, n° 2, 1911.
- RITTI. — Les psychoses de la vieillesse. Comptes rendus au Congrès des aliénistes de Bordeaux, 1895.
- Traité clinique de la folie à double forme, Paris, 1883.
- ROBIN. — Opothérapie spermatogénétique et psychoses. *La clinique*, avril 1928.
- SANTENOISE. — Anaphylaxie dans la folie intermittente. Thèse Paris, 1922.
- Psychoses périodiques et périodicité neuro-végétative. *Presse médicale*, 25 avril 1923.
- Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles. *Encéphale*, juillet-août 1927.
- SANTENOISE, CODET et TARGOWLA. — Bouffées délirantes et psychoses périodiques. *Ann. méd. psych.*, décembre 1923.
- SÉRIEUX. — La nouvelle classification des maladies mentales du professeur Kraepelin. *Revue de psychiatrie*, 1901, p. 103.
- TASTEVIN. — Asthénie post-douloureuse et dysthénies périodiques. *Ann. méd. psych.*, 1911.

